CLINICAL PSYCHIATRY
from
SYNOPSIS OF PSYCHIATRY

HAROLD I. KAPLAN, M.D.

Professor of Psychiatry, New York University School of Medicine;
Attending Psychiatrist, University Hospital of the New York University Medical Center; Attending Psychiatrist, Bellevue Hospital, New York, New York

BENJAMIN J. SADOCK, M.D.

Professor and Vice Chairman, Department of Psychiatry, New York University School of Medicine; Attending Psychiatrist,
University Hospital of the New York University Medical Center;
Attending Psychiatrist, Bellevue Hospital, New York, New York

WILLIAMS &WILKINS
Baltimore • Hong Kong
• London ■ Sydney



Г.И.Каплан
Б.Дж.Сэдок

КЛИНИЧЕСКАЯ ПСИХИАТРИЯ

ИЗ СИНОПСИСА ПО ПСИХИАТРИИ

В 2 томах

том 2

**Перевод с английского докт.
мед. наук В. Б. Стрелец**



**Москва «Медицина»
2002**

ББК 56.14
К20 УДК
616.89-(035)

Издание рекомендовано для перевода д. м. н. В. Н. КРАСНОВЫМ,
зам. директора НИИ психиатрии МЗ РФ

Каплан Г. И., Сэдок Б.Дж.
К20 Клиническая психиатрия. В 2 т. Т. 2. Пер. с англ.— М.: Медицина, 1998, 528 с: ил. ISBN 5-225-00529-2 ISBN 0-683-04520-2

Во втором томе даны последние сведения по детской психиатрии, в том числе по детским суицидам, материалы по гериатрической и судебной психиатрии. В заключение приведены истории болезни, которые являются иллюстрацией различных диагностических категорий.

Книга предназначена для психиатров.

ББК 56.14

ISBN 5-225-00529-2
ISBN 0-683-04520-2

© Williams & Wilkins, 1988
© В. Б. Стрелец, перевод на русский язык, 1994

ОГЛАВЛЕНИЕ

Глава 21

СОСТОЯНИЯ, НЕ ОТНОСЯЩИЕСЯ К ПСИХИЧЕСКИМ РАССТРОЙСТВАМ

ВВЕДЕНИЕ

Соответственно определению, данному в DSM-III-R, состояния, не относящиеся к психическим расстройствам, связаны с системой, обеспечивающей заботу о психическом здоровье, при отсутствии фактов, позволяющих отнести эти состояния к любым психическим расстройствам, о которых говорилось в предыдущих главах. В некоторых случаях будет указано одно из этих состояний, так как после тщательного анализа не обнаруживается ни одного психического расстройства. В других случаях при диагностике невозможно точно определить наличие или отсутствие психического расстройства, но необходимо отметить первичную причину привлечения системы охраны психического здоровья.

В некоторых случаях иногда может обнаруживаться психическое расстройство, но внимание или лечение фиксируется на состоянии, которое не обусловлено психическим расстройством. Например, больной, страдающий расстройством в виде тревоги, может получать лечение по поводу нарушений, связанных с его супружескими отношениями, которые не связаны с расстройством в виде тревоги как таковым.

АНТИСОЦИАЛЬНОЕ ПОВЕДЕНИЕ

Определение

Антисоциальное поведение характеризуется деятельностью, являющейся противозаконной, безнравственной или той и другой вместе, а также деятельностью, которая нарушает правила системы общественной законности. Примерами являются воровство, рэкет, наркобизнес и проституция. Согласно DSM-III-R, диагноз не должен ставиться, если поведение обусловлено психическим расстройством (например, расстройством поведения; расстройством в виде антисоциальных личностных нарушений) или расстройством контроля над своими импульсами (например, клептомания). У детей и подростков это состояние известно также как детская преступность.

Эпидемиология

Распространенность антисоциального поведения варьирует от 5 до 15% среди всего населения, в зависимости от критериев и выборки. Среди обитателей тюрем уровень распространенности достигает 20—80%.

Этиология

Антисоциальное поведение в детстве и подростковом возрасте характерно для многих личностей, начиная с тех, которые не имеют видимой психопатологии, до тех, у которых отмечаются серьезные нарушения, включая психозы, органический психосиндром и умственную ретардацию. При тщательном нейропсихиатрическом анализе антисоциальных личностей обычно обнаруживается огромное количество потенциально излечимых психиатрических и неврологических нарушений, которые легко маскируются оскорбительным поведением и в результате этого остаются незамеченными. Но, как предупреждает DSM-III-R, только при отсутствии органических, психотических, невротических или интеллектуальных нарушений следует категоризировать больного, как проявляющего антисоциальное поведение.

На антисоциальное поведение могут оказывать влияние генетические и психологические факторы, а также факторы окружающей среды.

Генетические факторы. Данные, подтверждающие генетическую передачу антисоциального поведения, основываются на исследованиях, которые показывают 60% конкордантность у монозиготных близнецов и около 30% у дизиготных. Исследования, проведенные на приемных детях, показывают, что у биологических родственников приемных детей, характеризующихся антисоциальным поведением, уровень антисоциального поведения выше. Отмечалась также более высокая распространенность антисоциального поведения у потомков лиц с антисоциальным поведением, хотя они и воспитывались отдельно от своих биологических родителей. Отмечается более высокая распространенность нарушений во время пренатального и перинатального периодов у детей, которые впоследствии обнаружили антисоциальное поведение. Имеется также связь между гиперактивностью с дефицитом внимания и антисоциальным поведением.

Факторы окружающей среды. В исследованиях отмечается, что в городских кварталах с низким социоэкономическим статусом (СЭС) сыновья неквалифицированных рабочих совершают правонарушения чаще и более тяжелые, чем сыновья рабочих, относящихся к среднему классу или имеющих высокую квалификацию; во всяком случае, это имеет место в подростковом возрасте и в ранней юности. Относительно женщин картина не такая отчетливая, но результаты, полученные во многих странах, в принципе одинаковы. Воспитание в семье, отчетливо различающееся в зависимости от принадлежности к группам с разным СЭС, включает со стороны родителей, относящихся к среднему классу, большую любовь в процессе воспитания и при предъявлении требований к дисциплине, отказ от физического наказания, негативное отношение к агрессивному поведению и более упорные попытки обуздать это поведение, а также словесное убеждение в необходимости правильного поведения и разъяснение мер, которым подвергаются нарушающие его.

Дети, совершающие правонарушения, чаще всего происходят из неполных семей. Действительно, из семей, «разрушенных» разводом или разъездом родителей, выходит больше правонарушителей, чем из семей, «разрушенных» смертью одного из родителей. Таким образом, разногласие в семье является более важным фактором, чем отсутствие родителя.

Психологические факторы. При плохом обращении родителей с детьми они испытывают эмоциональную депривацию, которая приводит к низкой самооценке и неосознанной ярости. Пределы допустимого в поведении не ставятся, и сознание детей характеризуется дефицитом, поскольку они не интериоризируют запреты родителей, которые лежат в основе образования суперэго. Поэтому у них имеют место так называемые пробелы суперэго, которые позволяют им совершать анти-

социальные поступки, не испытывая чувства вины. Иногда антисоциальное поведение таких детей является источником удовольствия и удовлетворения родителей, которые через детей выражают свои собственные запрещенные желания и импульсы.

Клинические проявления

Субъекты с антисоциальным поведением обычно испытывают трудности в работе, семейной жизни, финансовых вопросах и в отношениях с начальством.

Количество людей с антисоциальным поведением (называемых также социопатами, имеющих значительные трудности в этой области) в процентном отношении следующее: с проблемами на работе —85; в семейной жизни — 81; в области финансовой зависимости — 79; подвергавшихся аресту —75; злоупотребляющих алкоголем— 72; имеющих неприятности в школе — 71; с импульсивностью — 67; с проблемами в сексуальной сфере — 64; с нарушениями в подростковом возрасте— 62; с бродяжничеством — 60; со склонностью к применению физического насилия— 58; социальной изоляцией — 56; с провинностями во время военной службы (из тех, кто проходил ее) — 53; с отсутствием чувства вины—40; с соматическими жалобами — 31; пользующихся вымышленными именами — 29; патологических лжецов—16; наркоманов—15; совершающих суицидальные попытки—11.

Дети, обнаруживающие антисоциальное поведение,— воры, неисправимые личности, прогульщики, беглецы; они дружат с лицами, пользующимися дурной славой, и по ночам не приходят домой. Чем больше число симптомов, имеющихся в детстве, тем больше вероятность развития антисоциального поведения во взрослом периоде жизни; однако наличие значительного числа нарушений может указывать также на возможность развития психического заболевания во взрослой жизни.

Диагноз

Диагноз «антисоциальное поведение» является исключительным. Выделение антисоциального поведения часто затрудняется наличием алкоголизма и наркомании, поскольку это поведение может объясняться наркоманией или алкоголизмом, его трудно отдифференцировать от расстройств, предшествующих наркомании и алкоголизму, или от эпизодов, не связанных с наркоманией и алкоголизмом.

Во время маниакальной фазы биполярного расстройства некоторые аспекты поведения могут напоминать антисоциальное поведение, например, страсть к бродяжничеству, сексуальная неразборчивость и финансовые затруднения. Шизофрения, особенно в детстве, часто может проявляться антисоциальном поведением. У взрослых больных шизофренией могут наблюдаться эпизоды антисоциального поведения, но картина симптомов недостаточно ясна, особенно в отношении нарушений мышления, бреда и галлюцинаций.

Антисоциальное поведение может обусловливаться неврологическими нарушениями, поэтому при обследовании следует использовать ЭЭГ, компьютерную томографию и проводить тщательное неврологическое обследование. Эпилепсия лобной доли часто выступает как состояние, с которым надо проводить дифференциальный диагноз. Если точно устанавливается диагноз эпилепсии лобной доли или энцефалита, можно считать, что они лежат в основе антисоциального поведения.

Расстройства поведения, которые следует дифференцировать с антисоциальным поведением, обсуждаются в разделе 29.1. Антисоциальные личности обсуждаются в главе 20.

Лечение

В целом, антисоциальное поведение вызывает значительный пессимизм в отношении лечения, т. е. врачу очень трудно надеяться на изменение паттерна поведения, который имеет место на протяжении почти всей жизни больного. Психотерапия неэффективна, при биологической терапии значительных изменений не наблюдается, как и при применении лекарств.

Большой энтузиазм существует в отношении применения лечебных сообществ и других форм групповой терапии, хотя результаты не дают повода к такому энтузиазму. Многие правонарушители и взрослые преступники, заключенные в тюрьму и в подобные учреждения, обнаруживают некоторые сдвиги при проведении групповой терапии. История насилия, преступности и антисоциального поведения показывает, что они снижаются после 40 лет. Рецидивизм преступности, который может достигать 90%, как отмечается в некоторых исследованиях, также снижается в среднем возрасте.

ТРУДНОСТИ В УЧЕБЕ (АКАДЕМИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ)

Определение

Термин «академические нарушения» характеризуется в DSM-III-R как состояние, в котором фокусируется или привлекается внимание к трудностям в учебе, которые явно не связаны с психическим расстройством. Примерами служат ухудшение отметок и снижение успехов у личности с хорошими интеллектуальными способностями. Чтобы поставить этот диагноз, надо, чтобы отсутствовало какое-либо психическое заболевание, которое могло бы обусловить эту проблему.

Этиология

Академические проблемы могут быть обусловлены разнообразными причинами и могут возникнуть в любое время, хотя наиболее часто они появляются в возрасте от 5 лет до 21 года, т.е. в период времени, включающий школьные годы.

В течение этого периода школьные занятия поглощают большую часть жизни. Школа является важным социальным и воспитательным инструментом, так как она связана с основными моментами в развитии ребенка, подростка и взрослого человека в ранней юности. Мальчики и девочки должны справиться с разлукой с домом, приспособиться к новому окружению, адаптироваться к социальным контактам, соперничеству, самоутверждению, интимным проблемам и множеству других факторов. Часто имеет место реципрокная связь между тем, насколько хорошо решаются эти задачи, возникающие в процессе развития, и уровнем успешности обучения в школе.

Серьезной причиной плохих показателей может быть тревога по поводу своих успехов. Используя психоаналитические термины, можно сказать, что у некоторых студентов обнаруживается внутренний конфликт, связанный с эдиповым комплексом. Такие личности, описываемые Фрейдом как «терпящие крушение от успеха», боятся последствий, связанных, как они полагают, с успехом. Примером может служить женщина, которая боится, что ее успехи в школе приведут к тому, что она будет отвержена обществом или потеряет свою женственность, или и то и другое, и это является ее мотивом к избеганию успеха, особенно когда успех связан с агрессией и с соперничеством с мужчинами. Потеря родителей, игравших ранее роль учителей, или снижение роли самих родителей, составлявших первое окружение ребенка, также могут найти отражение в плохой успеваемости. Исследования показывают, что скука в школе часто бывает результатом расплывчатости самоидентификации. Отсутствие реального и устойчивого самоощущения и отчетливых целей вызывает у учеников скуку и неспособность выполнять свои функции.

На успехи учеников влияет также следующий фактор: каких успехов ожидают от нас учителя. Учителя выступают как субъекты, влияющие на успех своих учеников путем формирования дифференцированного развития их навыков и способностей. Это обусловливание, происходящее в младшем школьном возрасте, особенно если оно является негативным, может существенно нарушить успеваемость. Таким образом, эмоциональная реакция учителя на ребенка может явиться источником появления академической неуспеваемости. Наиболее важно, чтобы подход учителя к ученику был гуманным. Это относится ко всем уровням образования, включая медицинский институт.

Лечение

Хотя нарушение успеваемости и не рассматривается как диагностируемое психическое расстройство, на него самое лучшее влияние оказывает психологическое воздействие. Психотерапевтические методы могут успешно использоваться для облегчения затруднений, возникающих в школе, в том числе обусловленные плохой мотивацией, «Я-концепцией» и недооценкой самого себя. Рано начатые меры по облегчению затруднений, возникающих в школе, должны предупреждать все возможные дальнейшие последствия, поскольку упорные проблемы в обучении и выполнении своих школьных обязанностей осложняются и вызывают более сложные нарушения. Чувства гнева, фрустрации, стыда, потери уважения к самому себе и беспомощность — эмоции, которые наиболее часто сопровождают неприятности в школе — эмоционально и когнитивно изменяют самооценку, вызывают неспособность справляться со своими обязанностями в будущем и снижают успех.

Репетиторство представляет собой важный метод борьбы с затруднениями в школе, и во всех случаях, когда эти затруднения возникают, надо рассматривать вопрос о нем. Репетиторство часто помогает подготовить учеников к экзаменам со множественным выбором (SAT, MCAT, National Board). Двумя ценными поведенческими методами снижения тревоги являются повторные экзамены такого типа или применение метода релаксации.

Академическую неуспеваемость следует дифференцировать с расстройствами адаптации, сопровождающимися торможением в сферах учебы или работы, которые после психосоциального стресса характеризуются изменением по сравнению с прежними хорошими успехами в учебе и в профессиональной деятельности на работе. Это расстройство обсуждается в главе 18.

ПОГРАНИЧНЫЕ ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНЫЕ ФУНКЦИИ

Пограничные интеллектуальные функции, как отмечается в DSM-III-R, могут быть определены при фокусировании внимания на дефиците функций, связанных с пограничными интеллектуальными состояниями, которые характеризуются коэффициентом интеллекта (IQ) в диапазоне от 71—84. Это проявление часто маскируется, когда действительно имеет место психическое расстройство, особенно при резидуальном типе шизофрении.

Обнаружено, что пограничные значения IQ имеют место только у 6—7% населения (данные, полученные по тесту Stanford—Binet или по шкале Векслера). Предпосылками включения в данную категорию могут служить трудности в адаптации, которые могут обусловливать нарушение социальных или профессиональных способностей субъекта. Таким образом, в отсутствие специфических интерапсихических конфликтов, травм в процессе развития, биохимических отклонений или других факторов, примыкающих к психическому расстройству, эти лица могут испытывать тяжелые эмоциональные переживания. Фрустрация и стыд по поводу своих отклонений могут сыграть роль в ситуации, когда им приходится делать вывод, и приводить к обстоятельствам, предвещающим появления психического заболевания.

Как только проблема становится понятной врачу, помощь психиатра может дать хороший эффект. Многие субъекты с пограничной интеллектуальной функцией способны работать на высоком уровне в некоторых областях, тогда как в других областях они не способны к работе. Направляя таких лиц на соответ-

ствующую их способностям работу, разъясняя им социально-приемлемое поведение, а также обучая их необходимым профессиональным навыкам, врач может помочь улучшить им самооценку.

СИМУЛЯЦИЯ

Определение

Симуляция характеризуется наличием произвольно предъявляемых ложных или сильно преувеличенных физических или психологических симптомов. Всегда имеется внешняя мотивация, которая ложится в одну из трех категорий: 1) избежать трудных или опасных ситуаций, ответственности или наказания; 2) получить компенсацию, бесплатное обслуживание и палату в больнице, лекарства или приют в полиции; и 3) совершить возмездие, когда жертве приходится чувствовать свою вину или страдать от финансовых затрат, наказания по закону или утраты работы. Наличие отчетливо очерченной цели является основным фактором, который позволяет дифференцировать симуляцию с искусственно демонстрируемыми расстройствами.

Эпидемиология

Распространенность симуляции не определена, но она встречается довольно часто. Она чаще появляется в группах, где наблюдается преобладание мужчин — военных, заключенных, на заводах и других промышленных предприятиях — хотя наблюдается также и у женщин.

Диагноз

Соответственно DSM-III-R симуляцию можно ожидать с высокой вероятностью, если имеется любая комбинация из следующих факторов: 1) направление субъекта к врачам по решению медицинского совета (т. е. юрист советует субъекту обратиться к врачам); 2) выраженное расхождение между жалобами субъекта на тяжелый стресс и неспособность чем-нибудь заниматься и объективной картиной состояния; 3) невозможность нормального общения во время диагностического обследования и несоблюдение предписанного курса лечения; 4) наличие антисоциального личностного расстройства.

Многие симулянты предъявляют в основном субъективные, неопределенные жалобы — например, на головную боль, боли в шее, пояснице, груди или в животе, головокружение, слабость; потерю памяти, тревогу и дерпессию — все симптомы, как правило, встречаются в семейном анамнезе, и совсем не связаны с органическими нарушениями, но их чрезвычайно трудно опровергнуть. Симулянты могут жаловаться очень убедительно, описывая, как много у них расстройств, нарушающих нормальную жизнедеятельность, и как их все ненавидят. Они прибегают к помощи самых лучших врачей, которым можно полностью доверять (и которых, возможно, легче обмануть) и подчеркнуто аккуратно и охотно оплачивают свои счета даже избыточно, чтобы произвести впечатление своей честностью. Чтобы им поверили, симулянты должны высказывать всем одни и те же жалобы, но врачам говорить как можно меньше. Однако они часто жалуются на горе без объективных признаков этого горя или других признаков, совпадающих с описываемыми заболеваниями или синдромами. Симулянты чаще думают о деньгах, чем о лечении, и знают закон и примеры случаев, связанных с их ситуацией.

Большую пользу могут принести объективные тесты — такие, как аудиометрия, аудиометрия мозгового ствола, исследование слуховых и зрительных вызванных потенциалов, измерение кожногальванической реакции, электромиография и изучение нервной проводимости — предназначенные для исключения слуховых, вестибулярных, офтальмологических, неврологических и других нарушений.

Лечение

Пациент, подозреваемый в симуляции, должен быть тщательно объективно обследован, а врач должен воздерживаться от проявления своих подозрений. Если врач начинает злиться (обычная реакция на симулянтов), может возникнуть конфронтация с двумя последствиями: 1) связь врач — больной нарушается, и никакое позитивное общение в дальнейшем невозможно; 2) больной настораживается, а доказать его ложь становится практически невозможно. Если больной встречает расположение, а не осуждение со стороны врача, последующее наблюдение, амбулаторное или в больнице, может выявить множество непостоянных симптомов, которые проявляются только в том случае, если больной или больная знают, что за ними ведется наблюдение. Поддерживание связи врач — больной часто существенно для установления диагноза и длительного контроля за больным. Тщательная оценка обычно обнаруживает значительные вопросы без необходимости вступать в конфронтацию. Лучше всего применять такой интенсивный подход к лечению, как если бы симптомы были реальными. Симптомы могут исчезать при назначении лечения, причем при этом больному не приходится «проигрывать».

ПРОБЛЕМЫ СЕМЕЙНОЙ ЖИЗНИ

Согласно DSM-III-R, категория проблем в семейной жизни может быть использована, когда фокус внимания или лечения касается брачных затруднений, которые не связаны с психическим расстройством.

Основной оценкой, которую должен сделать клиницист, является установление факта, вызвана ли жалоба больного браком или она является частью более серьезного нарушения. История развития, семейный, сексуальный, личностный и профессиональный анализ, так же как история брачных отношений, должны быть очень тщательно изучены.

Женитьба включает множество стрессовых ситуаций, которые подвергают испытанию адаптивные возможности больного. Если партнеры смотрят на жизнь по-разному и воспитывались в системах, имеющих различные жизненные ценности, вероятность конфликтов больше, чем если они разделяют сходные точки зрения. Области, которые следует изучить, включают сексуальные отношения; установки, связанные с применением контрацептивных средств, рождением ребенка и его воспитанием, обращением с деньгами, отношениями к родственникам и к социальной жизни. Период в семейной жизни, который особенно сопряжен с серьезными проблемами, наблюдается при рождении ребенка (особенно первого), поскольку в этот период у обоих родителей возникает множество стрессов. Экономические стрессы, переезд на новое место жительства, незапланированная беременность и аборты могут отрицательно влиять на здоровые семьи. Различное отношение к религии также может явиться неразрешимой проблемой. На характер брака оказывают также влияние и культурные различия. Если оказывается внешнее давление, чтобы брак сохранился по религиозным, экономическим или семейным мотивам, пара может обращаться за советом. Новым фактором является боязнь СПИДа, которая для многих лиц является препятствием к внебрачным половым

связям. Это может служить мотивацией для улучшения отношений или вносить вклад в переживания больного, чья семейная стабильность основывается на таком ненадежном поведении. Влияние такого рода страхов требует дальнейшего исследования.

ОТСУТСТВИЕ ЭФФЕКТА ОТ ЛЕЧЕНИЯ

Податливость лечению или готовность слушать советы врача является мерой, до которой больной выполняет его рекомендации. Примеры включают явку на собеседование по договоренности, одобрение и выполнение программы лечения, соблюдение правил приема лекарств и советов изменить поведение и диету. Податливость поведения зависит от специфической клинической ситуации, природы заболевания и программы лечения. В целом, приблизительно 1/3 больных проявляют готовность к лечению; 1/3 иногда проявляют назойливость по отношению к некоторым аспектам лечения; и 1/3 никогда не обнаруживают податливости к лечению. Общие цифры, полученные по данным различных исследований, показывают, что 54% больных выявляют готовность к лечению в любой момент времени. Исследование податливости к лечению среди больных гипертонической болезнью показывает, что до 50% таких больных совсем не следуют советам врача, и из тех, которые следуют, 50% прекращают лечение в течение 1 года.

Для того чтобы понять, почему так много больных не лечатся регулярно, были проведены многочисленные исследования. Например, неподатливость может быть связана с возрастанием сложности режима лечения и увеличением числа требуемых изменений в поведении. Психически больные обнаруживают большую степень неподатливости, чем психически здоровые пациенты. Однако отчетливые корреляции между податливостью и полом больного, брачным статусом, расой, религиозностью, социально-экономическим статусом, интеллектом или уровнем образования отсутствуют. Податливость возрастает, если врач обладает такими характеристиками, как энтузиазм, терпимость; успеху способствуют также возраст, опыт, длительные беседы с больным и небольшое время ожидания в приемной.

Связь врач—больной или, что называется «соответствие» врач—больной, является наиболее важным фактором в вопросе о податливости. Когда у больного и у врача разные «приоритетные» позиции и идеи, различный стиль общения, включая и различное понимание роли медицинской службы и различные ожидания от этой службы, податливость больного падает. Податливость может возрастать, если больной удостоверится как в том, что результаты лечения дает ему ощутимое улучшение, так и в том, что рекомендации врача приведут к этому улучшению. Податливость также увеличивается, если больной знает название и действие каждого препарата, который он или она принимают. Высокозначимым фактором для податливости является субъективное ощущение больным несчастья или болезни, являющееся противоположным часто более субъективному мнению врача в отношении состояния больного и необходимой терапии. Больной должен считать, что он болен. Так, больные гипертонией, протекающей бессимптомно, являются группой наиболее сильного риска в отношении неподатливости. Проще говоря, когда имеют место сложности в общении, податливость уменьшается, когда общение эффективно, сочетается с заботой о больном и чувством удовлетворения со стороны больного, податливость возрастает. Исследования показали, что неподатливость может быть вызвана врачами, которые воспринимаются больными как критикующие и недружественные. Неподатливость возникает также, когда бо-

льного просят дать информацию, не давая подкрепления и не объясняя диагноза или причины имеющихся симптомов. Врач, который знает, во что верит больной, его чувства и привычки, и который вовлекает больного в установление для него режима лечения, способствует усилению податливого поведения.

Стратегии, предложенные для улучшения податливости, включают прямое обращение к больным с просьбой описать, что они сами считают не в порядке у них, что думают, надо предпринять врачам, и что, как они полагают, будет риском и выгодой, если больной последует советам врача. Обычными нарушениями является то, что больные не принимают лекарства так часто и долго, как это предписывается, и не получают необходимого числа таблеток. Больные обычно не выполняют предписаний, если им назначен прием более трех лекарств и более четырех раз в день. Невыполнение возрастает, если инструкции даются чисто вербально, или если разъяснение по поводу приема лекарств производится за несколько часов до выписки из клиники. Пожилые люди с нарушениями слуха или которые почти не могут читать, оказываются неподатливыми, если они не слышат инструкций и не могут прочитать рецепты. В этих случаях, полезно напечатать инструкции на листе бумаги, попросить больного прочитать их, спросить, есть ли вопросы, и попросить его объяснить, когда и в каком количестве следует принимать лекарство. Иногда вместо нечаянной ошибки больной может нарочно поменять режим лечения, включая применение не тех лекарств, которые были назначены, или изменение режима приема. В этих случаях, когда может наблюдаться конкурентное давление со стороны семьи или работы, или же отсутствие понимания подробностей советов врача, врачу следует побеседовать с больным и найти компромиссное решение, что называется «контракт с больным». В этом случае врач и больной вместе определяют, что им можно ожидать друг от друга. При этом подходе подразумевается, что по поводу контракта могут быть повторные переговоры, и больной может быть уверен, что либо он, либо врач могут вносить предложения по поводу улучшения податливости.

ПРОБЛЕМЫ. СВЯЗАННЫЕ С ТРУДОВОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬЮ

Согласно DSM-III-R, категория проблем, связанных с трудовой деятельностью, используется, когда фокус внимания или лечения находится на профессиональной деятельности, которая явно не связана с психическим расстройством. Примерами являются отсутствие удовлетворения от работы и неопределенность в отношении выбора карьеры.

История профессиональной деятельности является частью общей психиатрической беседы. Иногда неудовлетворенность работой является основной жалобой. Некоторые рабочие ситуации могут быть связаны со стрессами и неприятны сами по себе, при этом психологические условия при таких ситуациях могут вызывать эмоциональные нарушения. Экономические условия иногда заставляют людей выполнять ненавистную для них работу. Дезадаптация на работе может возникать из-за психодинамических конфликтов, которые могут отражаться в неспособности больного признать авторитет старших или, напротив, в чрезмерной зависимости от авторитетных лиц, для выполнения инфантильных потребностей. Люди с неразрешившимися конфликтами, со своими враждебными и агрессивными импульсами могут испытывать значительные трудности в работе. Они могут страдать от патологической зависти к успеху других или от страха за свои успехи. Эти конфликты проявляются также в других областях жизни, так что дезадаптация не ограничена только профессиональной деятельностью.

Стресс, связанный с работой, наиболее часто развивается, когда задачи работы не ясны, когда на работающих давят конфликтные требования, когда у них слишком много и слишком мало работы и когда они отвечают за профессиональные успехи других и не имеют достаточного контроля над решениями, которые касаются их.

Специфические проблемы имеются у лиц, которым предстоит выйти на пенсию, которые не удовлетворены супругом, и у представителей малых групп, которых лишают места или не дают продвигаться из-за пола, расы, религии или этнических особенностей.

ПРОБЛЕМЫ РОДИТЕЛЬ—РЕБЕНОК

Согласно DSM-III-R, проблемы родитель—ребенок могут применяться либо к родителю, либо к ребенку, когда они не связаны с психическим заболеванием исследуемого лица. Трудности могут возникать в разнообразных ситуациях, которые усиливают давление при обычном взаимодействии родитель—ребенок, причем эти трудности превышают адаптационные возможности, необходимые для индивидуального развития ребенка. Например, в семье, в которой родители разведены, проблема родитель—ребенок может возникнуть в отношении с одним из опекунов. Вступивший во второй брак разведенный или овдовевший родитель может также принимать участие в создании проблемы родитель—ребенок. Обида, нанесенная приемными родителями, и благосклонность к родному ребенку обычно составляет начальную фазу регулирования новой семьи.

Другой ситуацией, которая может обусловливать проблему родитель—ребенок, является развитие смертельной, калечащей или хронической болезни либо у родителя, либо у ребенка (лейкоз, эпилепсия, серповидно-клеточная анемия, повреждение спинного мозга или рождение ребенка с врожденными дефектами, т. е. церебральный паралич, слепота, глухота).

Хотя эти ситуации не редки, они вызывают эмоциональный срыв. Родители и ребенок должны столкнуться с предстоящей потерей и постепенно приспосабливаются к этому физически, экологически и эмоционально. Эти ситуации могут изнурить самые здоровые семьи и вызвать проблему родитель—ребенок не только в отношении больного ребенка, но и со здоровыми сиблингами. Эти сиблинги подвергаются обидам, пренебрежению потому, что больной ребенок требует большего времени и внимания.

ДРУГИЕ УСТАНОВЛЕННЫЕ СЕМЕЙНЫЕ ОБСТОЯТЕЛЬСТВА

Согласно DSM-III-R, в проблеме родитель—ребенок фокусом внимания и лечения могут быть другие установленные семейные обстоятельства, не связанные явно с психическим расстройством.

Например, определенный стресс может возникнуть в семье, где оба родителя заняты карьерой. Матери в таких семьях — названных семьями с двойной карьерой — особенно часто испытывают чувство вины и тревоги в отношении своей родительской роли. Эти женщины обычно придерживаются взгляда, характерного для среднего или высшего класса, согласно которому главная роль отводится индивидуальному развитию ребенка и психологическому здоровью. Система семейного уклада среднего класса предъявляет особенно высокие требования к жене и матери, которая проводит много времени вне дома.

Другая стрессовая ситуация может иметь место, когда взрослые должны заботиться о престарелых родителях. Взрослым часто приходится брать на себя эту ответственность в то же самое время, когда они еще должны заботиться о своих собственных детях. При этом необходимо приспособиться к противоречивым ролям, столкнуться с проблемой старости и возможной потери родителей и очевидности того, что и они сами смертны.

Обстоятельства, которые вызывают проблемы в семейной жизни, часто возникают в семьях, где есть приемные дети, в неполных семьях, в семьях, где дети отличаются от обычных, и в семьях, где у родителей разные ценности, а также семьи, в которых родители эмигранты, а дети рождены в данной стране, или семьи, члены которых исповедуют разную религию.

ДРУГИЕ МЕЖЛИЧНОСТНЫЕ ПРОБЛЕМЫ

Эта категория может составлять фокус внимания или лечения, если проблемы заключаются в межличностных отношениях (но не проблемы семейных отношений и не проблема родитель—ребенок), причем эти проблемы не связаны с психическим расстройством.

Проблемы, обусловливающие напряжение, достаточное для того, чтобы субъект обратился за помощью к системе здравоохранения, могут возникать при общении с интимными партнерами, сотрудниками, соседями, учителями, студентами, друзьями и социальными группами. Обстоятельства, включающие стресс, приспособительные механизмы и симптомы, заставляющие искать помощи или лечения, надо оценивать индивидуально.

ФАЗА, С КОТОРОЙ СВЯЗАНЫ ПРОБЛЕМЫ, ВОЗНИКАЮЩИЕ В ЖИЗНИ, ИЛИ ПРОБЛЕМЫ, СВЯЗАННЫЕ С ДРУГИМИ ЖИЗНЕННЫМИ ОБСТОЯТЕЛЬСТВАМИ

Согласно DSM-III-R, фаза, с которой связаны жизненно важные проблемы или другие проблемы, возникающие в жизни, может быть фокусом внимания или лечения, если она связана со стрессом.

Внешние обстоятельства наиболее часто нарушают адаптацию, если они неожиданны, многочисленны, например целый ряд стрессов, появляющихся за короткое время, если напряжение хроническое, без послаблений, или если потеря фактически предвещает тысячу сопутствующих обстоятельств, которые вызывают напряжение восстановительных сил субъекта.

Напряжение наиболее часто вызывает тревогу и депрессию, связанные с изменениями основного жизненного цикла: брак, профессиональная деятельность, родительские заботы. Эти обстоятельства влияют и на мужчин, и на женщин, но женщины, бедные люди и различные меньшинства более подвержены вредным влияниям и перемены также создают значительный стресс, когда они неожиданны и когда они включают не только необходимость приспособления к потере (супруга или работы), но также необходимость приспособиться к новому положению, которое связано с трудностями и проблемами.

Люди обнаруживают способность к адаптации к новым условиям жизни, если у них хорошо развиты защитные механизмы, такие, как альтруизм, чувство юмо-

ра, а также способность к сублимации. Гибкость, устойчивость, сильные семейные узы, регулярная работа, хороший доход, удовлетворение от работы, хороший отдых и участие в общественной жизни, реалистические цели и умение хорошо справляться со своими обязанностями — т.е. полная и приносящая удовлетворение жизнь — создают возможность противостоять изменениям, возникающим в жизни.

Высказывается предположение, что периоды изменений в культуре, когда имеют место значительные и быстрые изменения ролей, сопровождаются увеличением риска подвергнуться влиянию жизненного напряжения. Чрезвычайные изменения культуры могут создавать условия для тяжелых переживаний. Эта проблема, называемая также культурным шоком, появляется, когда субъект внезапно попадает в культурные условия, являющиеся для него чуждыми, или вынужден одновременно придерживаться двух различных культур. Это состояние наблюдается в такой крайней степени, когда молодой человек попадает в армию, когда люди меняют работу, когда в семье имеет место значительное изменение доходов, когда ребенок первый раз идет в школу, и когда дети из черного гетто должны посещать среднюю школу для белых.

Лица, испытывающие культурный шок, ощущают изоляцию, тревогу и депрессию, часто сопровождающиеся чувством потери, близким к горю. Степень адаптации, которую такие лица могут выявить к своим новым условиям, зависят от личностных свойств и силы, характерных для данного субъекта. Более подробное обсуждение этих вопросов приводится в главе 18, посвященной расстройствам адаптации.

НЕОСЛОЖНЕННАЯ РЕАКЦИЯ ГОРЯ

Сразу же после потери любимого человека или спустя несколько месяцев начинается период реакции горя. Чувство печали, одержимость мыслями о погибшем, слезы, раздражительность, бессонница и трудность сосредоточиться и выполнять свои привычные обязанности являются признаками и симптомами этого состояния. Реакция горя ограничена периодом времени, зависящим от культурной группы (обычно не дольше 6 мес). Горе, однако, может приводить к появлению полного депрессивного синдрома, который требует лечения.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

Bash I. Y., Alpert M. The determination of malingering.—Am. NY Acad. Sci, 1980, 347, 86.

Gittleman R., Feinboldl. Children with reading disorders. I. Efficacy of reading remediation.—J. Child. Psychol. Psychiatry, 1983, 24, 167.

Gorman W.F. Defining malingering.—J. Forensic Sic, 1982, 27, 401.

Grant I., Yager J., Sweetwood H., Olshen R. Life events and symptoms.— Arch. Gen. Psychiatry,. 1982, 598.

Holmes T. Life situations, emotions, and disease.— J. Acad. Psychosom. Med., 1978,19, 747.

Karabenick S.A. Fear of success, achievement and affiliation dispositions and the performance of men and women under individual and ompetitive conditions.—J. Pers., 1977, 45, 117.

Lewis D. O., editor Vulnerabilities to Delinquency. Spectrum Publications, New York, 1981.

Lieberman M., Pearlin L. Life stresses.— Am. J. Community Psychol., 1978, 6, 1.

Pincus J.H., Tucker G.J. Behavioral Neurology, ed. 3. Oxford University Press, New York, 1985.

Vaillant G. Adaptation to Life. Little, Brown, Boston, 1977.

Глава 22

НЕОТЛОЖНАЯ ПОМОЩЬ В ПСИХИАТРИИ

22.1. СУИЦИДЫ

ВВЕДЕНИЕ

Наиболее часто неотложную помощь в психиатрии приходится оказывать суицидальным больным. В большинстве случаев этих больных нельзя лечить амбулаторно, и в то же время они сопротивляются госпитализации, потому что являются субъектами, у которых имеют место повторные кризисы. Полное знание демографии суицидальных больных может помочь клиницисту распознать потенциальную жертву.

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ

Заболеваемость и распространенность

В 1985 г. около 25 000 смертей в США произошли в результате суицидов. В эту цифру входят завершенные суициды; число суицидальных попыток превышает эту цифру в 8—10 раз. Невозможно подсчитать количество смертей, вызванных такими причинами, как намеренное утаивание истинной причины смерти, несчастные случаи с неясными причинами и так называемые хрЪнические суициды — например, алкоголизм, наркомания и сознательное невыполнение указаний врача при диабете, ожирении и гипертонии.

За период между 1970—1980 гг. в США было совершенно более 230000 суицидов — приблизительно 1 каждые 20 мин. Общий уровень суицидов оставался постоянным на протяжении этих лет. В 1970 г. 11,6 смертей из 100000 человек приходилось на суициды; в 1980 г.— 11,9 на 100000, а в 1985 г.—около 12,5 на 100000. В 1977 г. суициды достигли своего максимума—13,3 на 100000. С тех пор произошел небольшой спад. В настоящее время суициды являются восьмой по счету причиной смерти в стране, после сердечных заболеваний, рака, инсульта, несчастных случаев, пневмонии, сахарного диабета и цирроза.

Как свидетельствуют данные Организации Объединенных Наций, уровень суицидов в США является средним уровнем для развитых стран. На международном уровне количество суицидов колеблется от очень высокого —более чем 25 на 100000 чело-

век в Скандинавии, Швейцарии, Германии, Австрии и странах Восточной Европы и Японии до более низкого — менее чем 10 на 100000 в Испании, Италии, Ирландии, Египте и Нидерландах.

Анализ суицидов, произведенный в период с 1979 по 1981 г. в различных штатах, показал, что в возрастной категории от 15 до 44 лет в штате Нью-Джерси отмечался самый низкий уровень и для мужчин, и для женщин. У женщин в Неваде самоубийство отмечалось чаще, чем у мужчин в Нью-Джерси.

Пол. Мужчины совершают суициды более чем в три раза чаще, чем женщины,— уровень, остающийся стабильным для всех возрастов. Женщины, с другой стороны, в четыре раза чаще предпринимают суицидальные попытки.

Способы. Более высокий уровень суицидов у мужчин связан с используемыми ими методами. Мужчины используют оружие, повешение или бросаются вниз с высоты. Женщины более склонны прибегать к большим дозам лекарств или яду, но начинают все чаще пользоваться оружием. Применение ружей для самоубийства наблюдается реже в тех штатах, в которых хранение оружия контролируется законом.

Возраст. Уровень суицидов возрастает в кризисном возрасте, наступающем в середине жизни. У мужчин максимум суицидов наблюдается в возрасте после 45 лет, и продолжает с возрастом увеличиваться; у женщин наибольшее число суицидов имеет место после 55 лет. У мужчин в возрасте 65 лет и старше уровень суицидов составляет 40 случаев на 100000 населения. Пожилые люди реже предпринимают суицидальные попытки, чем молодые, но у первых они чаще бывают завершенными.

Суициды, предпринимаемые пожилыми людьми, составляют 25% всех суицидов, хотя это составляет всего 10% для всего населения. Уровень суицидов у людей старше 75 лет более чем в три раза превышает таковой у молодых людей.

Уровень суицидов быстро увеличивается у молодых людей. Для мужчин от 15 до 24 лет имеет место рост уровня суицидов на 40% между 1970 и 1980 гг., и он все еще повышается. При этом у женщин той же самой возрастной группы отмечается лишь небольшое возрастание. Для мужчин от 25 до 34 лет уровень суицидов за этот .период увеличился почти на 30%. Суициды составляют третью по счету причину смерти молодых людей в возрасте от 15 до 24 лет, после смерти от несчастных случаев и в результате убийства. В этом возрасте предпринимается от 1 до 2 млн попыток самоубийств ежегодно. Большинство суицидов сейчас проявляется среди тех, кому от 15 до **44** лет.

Раса. Уровень суицидов среди белых почти в два раза выше, чем среди небелых, но сейчас эти данные подвергаются пересмотру, так как уровень суицидов среди негров возрастает. Среди молодежи гетто и некоторых коренных жителей Америки и индей-

ского населения Аляски уровень суицидов значительно превышает национальный уровень. Суициды среди эмигрантов выше, чем у коренного населения. Два из каждых трех суицидов совершаются белыми мужчинами.

Религия. В историческом аспекте суицидальные попытки среди католиков ниже, чем среди протестантов и евреев. Возможно, что ортодоксальность и интеграция более сильно влияют на степень риска в этой категории, чем простая религиозность.

Семейный статус. Брак, скрепленный детьми, существенно уменьшает риск суицидов. Среди лиц, состоящих в браке, уровень суицидов составляет 11 на 10000. У одиноких лиц, которые никогда не были в браке, зарегистрированный уровень суицидов почти вдвое превышает таковой у лиц, состоящих в браке. Однако у лиц, ранее состоявших в браке, отмечается более высокий уровень суицидов, чем у лиц, никогда не состоявших в браке: 24 на 100 000 среди вдов; 40 на 100000 среди разведенных, причем у разведенных мужчин он составляет 69 суицидов на 100 000 по сравнению с 18 на 100000 у разведенных женщин. Суициды чаще наблюдаются у лиц, в семейном анамнезе которых имеют место суициды (или суицидальные попытки) и которые находятся в социальной изоляции. Так называемые юбилейные суициды — это суициды, которые совершаются субъектами в день совершения суицида членом их семьи.

Профессия. Наиболее часто суициды совершаются лицами с высоким профессиональным уровнем, особенно врачами, число суицидов среди которых обычно бывает наибольшим. При этом группу самого высокого риска представляют психиатры, за ними следуют офтальмологи и анестезиологи, но отмечается тенденция к уравниванию всех специальностей. Группу риска составляют также музыканты, зубные врачи, низшие офицерские чины, юристы и страховые агенты. Число суицидов выше среди безработных, чем среди работающих. Во время экономического спада, депрессий и во времена сильной безработицы уровень суицидов повышается. Во время высокой занятости и во время войны уровень снижается. Уровень суицидов высок также среди заключенных, особенно тех, к которым никто не приходит.

Климат. Никаких корреляций с временем года для суицидов не обнаружено. Отмечается их небольшое повышение весной, а затем спад, но, вопреки существующему мнению, повышения числа суицидов в декабре и в период праздников нет.

Физическое здоровье. Связь между физическим здоровьем и болезнью и суицидами очень велика. Обращение за медицинской помощью положительно коррелирует *.с* показаталем риска в отношении суицидов. Примерно 32% лиц, совершивших суицид, лечились в течение 6 мес перед смертью; 70% жертв страдали активными или хроническими заболеваниями ко времени смерти. Среди исследованных суицидов более '/з ЛИД были активно боль-

ны ко времени суицидальной попытки, и более 90% попыток и было спровоцировано болезнью. В частности, группу риска представляют больные с искусственной почкой. Факторами, связанными с болезнью и вносящими вклад как в завершенные суициды, так и в суицидальные попытки, являются утрата способности передвигаться среди тех лиц, для которых физическая активность важна в профессиональном отношении или для восстановления здоровья; ухудшение фигуры, особенно для женщин, и хронические, непереносимые боли. Кроме прямого влияния болезни, отмечены ее вторичные влияния — например, утрачивание прежних связей и потеря прежнего профессионального статуса—которые также имеют прогностическое значение в отношении суицидов.

Некоторые вещества вызывают депрессию, которая иногда может приводить к суицидам. К ним относятся резерпин, кортикостероиды, антигипертензивные средства (например, пропранолол) и некоторые противораковые препараты.

Психическое здоровье. Высоко значимыми факторами в отношении суицидов являются также алкоголизм, наркомания, депрессия, шизофрения и другие психические заболевания.

Почти 95% больных, которые совершают суицидальные попытки, диагностируются как психически больные. Депрессивные расстройства составляют 80% от этой цифры; шизофрения — 10%, деменция или делирий—5%. Наиболее высок риск у больных, страдающих бредовой депрессией. Риск суицидов у больных с депрессивными расстройствами составляет около 15%, 25% из всех суицидов, совершаемых лицами с импульсивным поведением или склонностью к насилию, также составляют группу высокого риска. Наличие в прошлом госпитализации в психиатрические больницы также увеличивает риск суицидов.

Суицидальные попытки. Суицидальных попыток совершается в восемь раз больше, чем завершенных суицидов, и около 70% из этих попыток совершается женщинами. Большинство совершается депрессивными молодыми людьми. Около 1% лиц, которые совершают суицидальные попытки, в конце концов завершают суицид, примерно 30% предпринимают повторные суицидальные попытки. Риск, что больной предпримет повторную суицидальную попытку, особенно высок в течение 3 мес после первой попытки.

Суицидальная попытка часто представляет собой вид психологической драмы. Осуществление суицидального намерения часто является составной частью применяемого метода. Осуществление его может быть вынужденным, может представлять собой крик о помощи или игру со смертью, причем другой человек вынужден решать вопрос: жить или не жить потенциальному самоубийце. Дезорганизованные или множественные методы самоубийства или суициды, осуществляемые хаотическим образом и продолжающиеся несколько дней, обычно осуществляются дезорганизованными, шизоидными или шизотимальными больными.

ТЕОРИИ СУИЦИДОВ

Социологические факторы

Теория Даркгейма (Durkheim). Первый и основной вклад в исследование суицидов внес в конце прошлого столетия французский социолог Эмиль Даркгейм. Пытаясь объяснить статистические паттерны, Даркгейм разделил суициды на три основные категории: эгоистические, альтруистические и аномические. Эгоистические суициды применимы к тем, кто в сущности не принадлежит к одной из социальных групп. Отсутствие семейной сплоченности можно использовать для объяснения, почему не состоящие в браке более подвержены суицидам, чем состоящие в браке, и почему супружеские пары, имеющие детей, лучше всего защищены от суицидов. Сельские сообщества более социально объединены, чем городские районы, и поэтому там меньше суицидов. Протестантство менее объединяющая религия, чем католицизм, поэтому у протестантов отмечается более высокий уровень суицидов, чем у католиков.

Альтруистические суициды характеризуют группу, у которой склонность к суицидам происходит из чрезмерного объединения в группу.

Аномические суициды применимы к лицам, чья интеграция с обществом нарушена, что препятствует развитию привычных норм поведения. Аномия (нарушение закона) может объяснить, почему наиболее часто суициды совершаются разведенными по сравнению с состоящими в браке и почему те, у кого изменилось экономическое положение, значительно больше подвержены им. Аномия относится также к социальной нестабильности с нарушением общественных стандартов и ценностей.

Психологические факторы

Теория Фрейда. Наиболее важное психологическое проникновение в сущность суицидов было предпринято Фрейдом. Он описал только одного больного, который совершил суицидальную попытку, но он видел много суицидальных больных. В своем труде, изданном в 1917 г., называемом «Печаль и меланхолия», Фрейд пишет, что ненависть к самому себе, наблюдаемая при депрессии, возникает как гнев по отношению к любимому человеку, который субъекты направляют назад против самих себя. Фрейд рассматривал суициды как крайнюю форму этого явления и высказал сомнение в существовании суицидов без наличия более раннего подавленного желания убить кого-либо еще.

Теория Менингера. Основываясь на концепции Фрейда, Карл Менингер в труде «Человек против самого себя» говорит о суициде как об отодвинутом назад убийстве, инвертированном гомици-

де, вызванном гневом субъекта против другого лица, который либо повернут внутрь или используется как прощение за наказание. Он описал также инстинкт, направленный на собственную смерть (концепция Фрейда о танатосе).

Связь между суицидом и депрессией лучше всего объяснима за счет необходимости в искуплении, которое может лежать в основе и того, и другого. Депрессивные личности могут предпринимать суицидальные попытки как раз в тот момент, когда они начинают выздоравливать от депрессии. А суицидальная попытка может обусловливать исчезновение длительно наблюдавшейся депрессии, особенно если она играла роль удовлетворения потребности больного в наказании. Иными словами, одна форма искупления замещает другую. Настолько же значимым является одержимость суицидальными мыслями как средство избавления от непереносимой депрессии и безнадежности. Действительно, как показало исследование Aaron Beck, безнадежность является наиболее точным индикатором степени риска для упорных суицидальных попыток.

Лица, которые пережили суицидальные попытки, дали важные ключи; к пониманию динамики суицидов. Edwin Schnedman и Neal Farberow, два знаменитых суицидолога, разделили суицидальных больных на 4 группы: 1) больные, которые совершают суициды для обретения лучшей жизни; 2) больные, совершающие самоубийство в результате заболевания психозом; 3) больные, совершающие самоубийство в качестве акта мести любимому человеку; 4) больные старые, немощные, для которых суицид — избавление.

Другие теории. Суициды могут также отражать потребность в искуплении за реальное или воображаемое преступление. Некоторые больные совершают самоубийство, чтобы воссоединиться с любимым, который умер. Другие надеются наказать или заставить тех, кого они покидают, почувствовать свою вину.

Физиологические факторы

Генетика. Предполагается, что генетический фактор при суициде играет определенную роль. В одной работе проводилось обследование,монозиготных близнецов (51 пара), в ходе которого обнаружено девять суицидов, тогда как у дизиготных близнецов конкордантности к суицидам не обнаружено. При лонгитудиальном исследовании Amish сообщества выявлено 25 суицидов, совершенных всего в четырех семьях, причем в этих семьях обнаружена значительная генетическая отягощенность униполярными, биполярными и другими расстройствами настроения. Вопрос о том, связаны ли эти суициды с генетической отягощенностью или с расстройствами настроения, остается открытым.

Нейрохимия. Дефицит серотонина, измеренный по снижению

в метаболизме 5-гидроксииндолуксусной кислоты (5-HIAA), обнаружен в подгруппе депрессивных больных, совершавших суицидальные попытки. Те из больных, которые совершали суицидальные попытки более насильственными способами (например с помощью ружей, бросаясь вниз с высоты), имели более низкий уровень 5-HIAA в спинномозговой жидкости, чем те депрессивные больные, которые не совершали суицидальных попыток или совершали их с помощью менее насильственных методов (например, принимали слишком большие дозы снотворных). В некоторых исследованиях показано наличие увеличения желудочка мозга и патологической ЭЭГ у некоторых суицидальных больных.

Анализ моноаминоксидазы тромбоцитов плазмы, проведенный у группы здоровых добровольцев, показал, что у тех лиц, которые имели самый низкий уровень этого фермента в тромбоцитах, в семейном анамнезе отмечалось наличие суицидов в восемь раз больше, чем у тех, у кого уровень тромбоцитов в плазме был высоким. Факты свидетельствуют о том, что при депрессивных расстройствах активность МАО в тромбоцитах плазмы значительно нарушена.

ПРЕДСКАЗАНИЕ СУИЦИДОВ

Врачу приходится делать предсказания в отношении риска суицидов для каждого больного, основываясь на тщательном клиническом анализе. Наиболее важные для предсказания факторы перечислены в табл. 1. Среди факторов высокого риска отмечаются возраст более 45 лет, мужской пол, алкоголизм (у алкоголиков уровень суицидов выше в 50 раз); поведение, включающее насилие; суицидальные попытки в прошлом и госпитализация в психиатрические учреждения в прошлом.

На основе анализа 3800 суицидальных попыток Tuckman и Youngman разделили категории высокого риска и низкого риска суицидов на факторы, связанные с высоким риском, и факторы, связанные с низким риском (табл. 2).

Врач всегда должен спрашивать о суицидальных мыслях при исследовании психического статуса, особенно если у больного отмечается депрессия. Больного надо спрашивать прямо, есть ли у него суицидальные намерения, хочет ли он умереть. Восемь из десяти лиц, которые в конце концов совершают самоубийство, подтверждают свои намерения, 50% открыто говорят, что они хотят умереть. Если больной излагает план, как он намерен это сделать, это особенно серьезный повод для беспокойства. Кроме того, если больной, который пугает тем, что совершит суицид, становится тихим и менее ажитированным, это тоже может быть зловещим признаком. Врач должен особенно учитывать следующие факторы: 1) реальные или выдуманные суицидальные попытки; 2) тревога, депрессия, истощение; 3) знание о способах совер-

шения суицида; 4) мысли о том, как члены семьи совершали суицид; 5) вербализация суицидальных измерений; 6) подготовка завещания, спокойствие после ажитированной депрессии; 7) близкий кризис, например траур или предстоящая операция; 8) наличие суицидов в семейном анамнезе.

Таблица 1. Факторы, коррелирующие с суицидальным риском

Величина в возрастающем порядке	Факторы
1	Возраст (45 лет и старше)
2	Алкоголизм
3	Возбуждение, насилие, агрессия
4	Суицидальное поведение в прошлом
5	Пол (мужской)
6	Нежелание принимать помощь
7	Затяжное течение предшествующего приступа депрессии
8	Госпитализация и лечение в психиатрической больнице
9	Потеря близкого человека или развод в недавнем прошлом
10	Депрессия
11	Плохое здоровье (соматическое заболевание)
12	Потеря работы (выход на пенсию)
13	Одиночество, потеря супруга/супруги, проживание в разводе

ДЕТСКИЕ И ПОДРОСТКОВЫЕ СУИЦИДЫ

Число детей до 15 лет, совершивших самоубийство, возросло от менее 40 в 1950 г. до 300 в 1985 г. Однако суициды у детей младше 12 лет встречаются крайне редко. Суицидальные мысли (например, ребенок говорит о том, что хочет нанести повреждение самому себе или самой себе) или суицидальные угрозы (например, ребенок говорит, что он или она собирается броситься под машину) встречаются более часто, чем завершенные самоубийства. В США ежегодно госпитализируется около 12000 детей из-за угрозы самоубийства.

Согласно одному обследованию, проведенному на случайно выбранной группе нормальных детей, около 12% иногда высказывают суицидальные мысли.

Таблица 2. Количество суицидов (доля на 1000 человек) из 3800 суицидальных попыток среди высокой и низкой категории факторов риска, связанных с суицидом

Фактор	Категория высокого риска	Доля суицидов	Категория низкого риска	Доля суицидов
Возраст	45 лет и старше	24,0	До 45 лет	9,4
Пол	Мужчины	19,9	Женщины	9,2
Раса	Белая	14,3	Небелая	8,7
Семейное положение	Разошедшиеся, разведенные, вдовые	12,5	Одинокие, женатые	8,6
Условия проживания	Одинокие	48,4	С другими членами семьи	10,1
Рабочий статус'	Безработные, пенсионеры	16,8	Работающие[2]	14,3
Физическое здоровье	Плохое/острые или хронические болезни в период 6 мес до попытки	14,0	Хорошее[2]	12,4
Психическое состояние	Нервные или психические расстройства или нарушения поведения, включая алкоголизм	19,1	В основном чая кратковременные ситуационные реакции	7,2
Обращение за медицинской помощью	Да	16,4	Нет[2]	10,8
Способ	Повешение, применение оружия, спрыгивание, попытки утопиться	28,4	Попытка зарезаться, отравиться газом, ядом, комбинация других способов	12,0
Время года	Теплое (апрель—сентябрь)	14,2	Холодное (октябрь—март)	10,9
Время дня	6.00—17.59	15,1	18.00—5.59	10,5
Где была попытка	Свой или чей-то дом	14,3	В других местах, вне дома	11,9
Промежуток времени между попыткой и ее обнаружением	Почти сразу, по сообщению лица, совершившего попытку	10,9	Позже	7,2
Намерение убить (со слов самого лица)	Нет[2]	14,5	Да	8,5
Заявление о суициде	Да	16,7	Нет[2]	12,3
Предыдущие попытки или угрозы	Да	16,7	Нет[2]	12,3

[1] Не включает домохозяек и студентов.
[2] Включает случаи, когда информация об этом факторе не была в полицейском докладе.
Таблица из Тукмана Дж., Янгмена У. Ф.

Среди подростков (в возрасте от 15 до 20), суициды составляют третью из основных причин смерти, и каждый год подростками совершается около 60% суицидов. Мальчики совершают суицид в три раза чаще, чем девочки, но девочки в три раза чаще, чем мальчики, предпринимают суицидальные попытки.

Среди детей и подростков, которые предпринимают суицидальные попытки, часто встречаются такие, с которыми плохо обращаются родители — бранят, бьют или не заботятся о них. Суициды выше у детей в неполных семьях, где в результате развода или разъезда ребенка воспитывает один родитель, 60% подростков, совершающих суицид, живут с одним из родителей, и суицидальный риск выше, когда один или более из членов семьи хронически больны.

Согласно большинству исследований, суициды у детей и подростков связаны с депрессивными заболеваниями. Чувство покинутости, желание воссоединиться с любимыми, а также чувство отчаяния и безнадежности являются типичными для этих состояний. Всех детей, которые попадают к психиатру, следует спрашивать о наличии суицидальных мыслей. Наиболее важными факторами риска в отношении суицидов является депрессия, а также одержимость мыслями о смерти и наличие суицидальных тенденций в семье ребенка. Ребенок, который потерял родителя в возрасте до 13 лет, имеет больший риск в отношении развития аффективных расстройств и суицида.

Имеются данные о групповом суициде у подростков, которые знают друг друга и ходят в одну и ту же школу. Суицидальное поведение может распространяться среди группы сверстников через идентификацию — так называемые копируемые суициды. В 1986 г. David Shaffer указывал, что после телевизионных программ, в которых основной темой являются суициды у подростков, число этих суицидов увеличивается. В целом, здесь играют роль многие факторы, включая психопатологию.

Стремление молодых людей, у которых отмечаются неудачи в любви, подражать суицидам, описанным в классической литературе, называется «синдром Вертера», по имени героя романа Гете «Страдания молодого Вертера». Этот роман, в котором герой убивает себя, был запрещен около 200 лет тому назад из-за вспышки суицидов, совершенных молодыми людьми, которые читали его, причем некоторые в момент самоубийства были одеты как Вертер или оставляли книгу открытой на той странице, где описывается его смерть.

КЛИНИЧЕСКИЙ ПОДХОД

Наиболее важным вопросом, который стоит перед врачом в отношении больного с суицидальными мыслями, это вопрос о том, надо ли госпитализировать этого больного. Не всем таким больным нужна госпитализация; некоторых можно лечить амбу-

латорно. Но отсутствие сильной поддерживающей социальной системы, наличие в анамнезе импульсивного поведения или плана совершения суицида являются показаниями к госпитализации.

Для определения того, может ли больной лечиться амбулаторно, лучше всего применять прямой клинический подход. Надо спросить больного, считающегося суицидальным, согласен ли он или она позвонить, когда станет невозможно контролировать свои суицидальные импульсы. Если больной согласен, значит он или она может контролировать свои импульсы и обратиться за помощью.

В ответ на такое соглашение врач должен быть доступен для больного все 24 ч в сутки. Если больной, который рассматривается как серьезно суицидальный, не может заключить такое соглашение, неотложная госпитализация необходима, и это следует советовать как самому больному, так и его семье. Если, однако, больной лечится амбулаторно, полезно, чтобы врач имел домашний и рабочий телефон больного для оказания неотложной помощи; иногда, однако, больной неожиданно кладет телефонную трубку во время позднего телефонного звонка или просто называет свое имя медицинской службе, которая отвечает на его звонок. Если больной отказывается от госпитализации, члены его семьи берут всю ответственность на себя и должны наблюдать за больным все 24 ч.

Согласно Edwin Schneideman, имеется несколько практических превентивных мер для того, чтобы помочь суицидальному больному: 1) ослабить психологическую боль, влияя на стрессовое окружение больного, привлекая к этому супруга, начальника или друга; 2) организовать реалистическую поддержку, признав, что больной имеет законное право жаловаться; 3) предложить альтернативы суициду. ?

Многие психиатры полагают, что каждый больной, совершивший суицидальную попытку, независимо от ее завершения, должен быть госпитализирован. Хотя большинство из этих больных добровольно хотят поступить в клинику, опасность, грозящая жизни, является одним из немногих показаний к срочной госпитализации против воли больного, по поводу которой все единодушны.

В клинике больного можно лечить антидепрессантами или антипсихотдческими препаратами; можно проводить индивидуальную, групповую и семейную терапию; в клинике также осуществляется социальная поддержка и вырабатывается чувство защищенности. Другие терапевтические меры зависят от заболевания, которое лежит в основе состояния больного. Например, если оно вызвано алкоголизмом, лечение должно быть направлено на борьбу с ним.

Хотя больной, рассматриваемый как остро суицидальный, может иметь хороший прогноз, больные с хроническими суицидами трудно поддаются лечению и приводят врачей в отчаяние. По-

стоянный надзор со стороны персонала, изоляция и содержание в больнице не могут предотвратить запланированного суицида. В некоторых случаях показана электросудорожная терапия (ЭСТ), и если депрессия тяжелая, может потребоваться много сеансов.

Больные, которые выздоравливают после суицидальной депрессии, составляют группу особенного риска. При усилении депрессии больные становятся более заряженными и, таким образом, способными к претворению в жизнь своих суицидальных планов. Иногда депрессивные больные в ходе лечения (или без лечения) вдруг кажутся успокоившимися, поскольку они решили потихоньку от других совершить суицид. Врач должен особенно внимательно отнестись к подобным резким переменам, которые могут предвещать суицидальную попытку. И, наконец, больной может совершить суицид даже находясь в клинике. Согласно данным одной работы, приблизительно 1% суицидов происходит у больных, которые лечились в терапевтических, хирургических или психиатрических больницах; однако ежегодный уровень подобных суицидальных попыток составляет только 0,003%.

ЮРИДИЧЕСКИЕ И ЭТИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ

Надежными факторами, на которые следует опираться при определении риска совершения самоубийства в психиатрической клинике, являются выяснение вопроса о степени нарушения психического состояния, наличие во время госпитализации клинических признаков, указывающих на риск, и умение врача и персонала справиться с этими нарушениями.

Приблизительно половина случаев, в которых суицидальные попытки появляются при нахождении больного в психиатрической больнице, относится к судебной ситуации. Суд не требует, конечно, чтобы никогда не случались суициды, однако он может требовать, чтобы периодически больной подвергался обследованию на степень суицидального риска, чтобы было назначено необходимое лечение, обеспечивающее безопасность, и чтобы персонал его правильно проводил.

В настоящее время суициды и суицидальные попытки рассматриваются по-разному — от грубого правонарушения до неправильного поведения. Роль лица, помогавшего при совершении суицида или подстрекающего к нему, прибавляет еще один аспект к проблеме законности; некоторые суды выносят решение, что хотя ни суициды, ни суицидальные попытки не являются наказуемыми, каждый, кто им способствовал, должен быть наказан.

ОБЩЕСТВЕННЫЕ УЧРЕЖДЕНИЯ

В общественных учреждениях возникает меньше проблем, чем у отдельных врачей в отношении этики и законности при оказании

помощи суицидальным больным. Превентивные центры, посты для приема сообщений о кризисах и так называемые суицидальные телефонные горячие линии — формы вмешательства и ослабления изоляции, замкнутости и одиночества суицидального больного. Программы дальнейшего действия рассчитаны на то, что сотрудники откликнутся на крик о помощи и окажут ее разными способами. Но будет неправильно полагать, что такая помощь ослабляет общий кризис, высокосуицидальные больные обращаются за подобной помощью менее чем в 10% случаев, и большинство этих обращений относятся к молодым женщинам в горе. В отношении того, понижают ли эти программы национальный уровень суицидов, убедительных,статистических данных нет; однако имеются некоторые примеры, когда суицидальные личности с высоким суицидальным риском в результате работы этих служб вовремя госпитализируются.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

Barraclough B., Bunch J., Nelson B., Sainsbury P. A hundred cases of suicide: Clinical aspects.— Br.J. Psychiatry, 1974, 125, 355.

Beck A.T. Hopelessness and eventual suicide.— Am.J. Psychiatry, 1985, 142, 559.

Braverman E.R., Pfeiffer C. C Suicide and biochemistry.— Biol. Psychiatry, 1985, 20, 123. *Farberow N.L., Shneidman E.,* editors The Cry for Help. McGraw-Hill, New York, 1961. *Fawcett J., Scheftner W., Clark D.* et al. Clinical predictors of suicide in patients with majoraffective disorders. A controlled prospective study.— Am. J. Psych., 1987, 144, 35. *Fishbain D.A., Fletcher J. R., Aldrich T E., Davis J.H.* Relationship between Russian roulette deaths and risk-taking behavior: A controlled study.— Am. J. Psych., 1987, 144, 563. *Hawton K.. Catalan J.,* editors Attempted Suicide. Oxford University Press, New York, 1975. *Holinger P. C, Offer D., Ostrov E.* Suicide and homicide in the United States: A epidemiologic study of violent death, population changes, and the potential for prediction.—Am.J. Psych., 1987, 144, 215.

Murphy G.E., Robins E. Social fa ors in suicide.—JAMA, 1967, 199, 303. *Perlin S.,* editors A Handbook for the Study of Suicide. Oxford University Press, New York, 1975.

Roy A., editor Suicide. Williams and Wilkins, Baltimore, 1986. *Shaffer J. W., Perlin S., Schmidt C. W., Jr, Stevens J.A.* The prediction of suicide in schizophrenia.—J. Nerv. Ment. Dis., 1974, 150, 349.

Shneidman E. Definition of Suicde. Wiley, New York, 1985.

22.2. ДРУГИЕ ВИДЫ НЕОТЛОЖНОЙ ПОМОЩИ В ПСИХИАТРИИ

ОПРЕДЕЛЕНИЕ

Случаи, когда требуется неотложная помощь в психиатрии, включают расстройство мышления, ощущений или действий, которые следует немедленно лечить. Наиболее часто больные сами

сообщают о своих расстройствах. Однако о том, что больной находится в состоянии, когда ему требуется неотложная психиатрическая помощь, могут сообщать семья больного, учителя или просто случайные люди. Этот раздел посвящен обсуждению общих состояний, при которых больные обращаются за неотложной психиатрической помощью или их доставляют в пункты, оказывающие психиатрическую помощь.

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ

В пункты оказания неотложной психиатрической помощи одинаково часто обращаются и мужчины, и женщины, причем более часто одинокие люди, чем состоящие в браке. Около 20% больных суицидальны, и около 10% применяют насилие. Наиболее частые диагнозы — расстройства настроения, шизофрения и алкоголизм. Около 40% всех больных, которым оказывают помощь в пунктах неотложной психиатрической помощи, нуждаются в госпитализации. Большинство обращений приходится на ночные часы, но разницы между обращениями в различные дни недели или месяцы года нет. В противоположность тому, как обычно полагают, исследфвания не показали, что наиболее высокая нагрузка пунктов неотложной помощи приходится на время полнолуния или на время рождественских каникул.

ОТНОШЕНИЕ ВРАЧ —БОЛЬНОЙ

Врачи пункта неотложной психиатрической помощи должны понимать, что иногда их собственные чувства и отношения могут отрицательно влиять на взаимоотношения с больными и таким образом нарушать правильность клинического анализа больных. Например, врач может относиться отрицательно к больным, психическое состояние которых ухудшается под влиянием алкоголя или наркотиков или психическое состояние которых приводит к социальному падению и отсутствию личной чистоплотности. Многие больные в остром состоянии беспокойны, требовательны, враждебны и возбуждены. Врач может испытывать к ним отрицательное отношение, и это понятно, но надо тщательно следить за тем, чтобы это не отразилось на оценке клинического состояния больного. Если больной вызывает сильную тревогу у врача, врач должен постараться понять ее причину. Часто она возникает из страха, что больной может проявить агрессию. В этих случаях имеет смысл, чтобы больной осматривался в присутствии сопровождающего или санитара, которые должны находиться поблизости, если больной совершит нападение. Около 25% всех сотрудников, работающих в службе психического здоровья, сообщают, что они иногда при исполнении своих служебных обязанностей подвергались нападению. Много врачей и психиатров было убито в результате нападений больных.

Комната, где проводится беседа при оказании неотложной помощи, не должна отличаться от комнаты, где проводится обычная психиатрическая беседа и исследование психического статуса, за исключением тех случаев, когда имеют место трудности в связи с тем, что своей очереди ожидают другие больные, которым также надо уделить внимание. В целом, врач должен сконцентрироваться на предъявляемых жалобах и причинах, которые заставили больных, страдающих хроническими психическими заболеваниями, обратиться в настоящий момент за психиатрической помощью.

Недостаток времени ограничивает клиническую структуру беседы, особенно с больными, которые страдают хроническими эмоциональными расстройствами и склонны к длительному бессвязному изложению своих жалоб. Если больного сопровождают друзья, родственники или полиция, у них собирают дополнительные сведения. Это особенно необходимо, если больной проявляет негативизм, неконтактен или находится в таком состоянии, что не может дать о себе сведения.

Наиболее грубая ошибка, которая может быть допущена в пункте оказания неотложной психиатрической помощи, это — не определить имеющегося соматического заболевания, являющегося причиной заболевания с эмоциональными нарушениями.

Травма головы, наркомания (включая алкоголь), инсульт, нарушения обмена веществ и употребление лекарственных веществ— все может обусловить патологическое поведение, и необходимо создать сжатую историю болезни, сконцентрировавшись на этих вопросах.

Исследования показали, что от 5 до 30% больных в пунктах оказания неотложной психиатрической помощи имеют соматические расстройства, которые лежат в основе психической патологии.

Иногда контакт больного с врачом из пункта неотложной помощи осуществляется по телефону. В таких случаях врач должен записать номер телефона, с которого делается вызов, а также точный адрес. Это важно на случай, если разговор вдруг прервется, и врач все же может оказать непосредственную помощь в зависимости от обстановки. Если больной одинокий, нужно вызвать полицию. Если есть возможность, помощник должен позвонить в полицию по другой линии, в то время как врач занимает больного разговором. Больному не надо говорить, чтобы он один добирался до клиники. Напротив, надо послать медицинский персонал на дом к больному, чтобы его доставили в больницу.

СОСТОЯНИЕ НЕОТЛОЖНОЙ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

Суициды

Суицидальная депрессия является единственной наиболее важной категорией в неотложной психиатрии, и оценка суицидального риска представляет собой наиболее важную задачу, стоящую перед врачом.

Необходимо уметь распознать опасные признаки суицидальной депрессии, а именно, суицидальные мысли, бессонницу ранним утром и ажитацию, полную потерю аппетита и интересов, ощущение безнадежного отчаяния, неспособность выразить собственные мысли или чувства и прогрессирующую социальную изоляцию. Появление бреда, такого как совершение непростительного греха или галлюцинаций, подстрекающих больного к нанесению себе вреда, является особенно грозным признаком. Госпитализация показана, если больной активно суицидален и если имеется много факторов риска (например, предыдущие попытки, разработанный план, командные галлюцинации). Многие врачи считают, что каждый больной после суицидальной попытки должен быть госпитализирован (см. раздел 22.1, где приводится более подробная информация о клиническом подходе к суицидальным больным).

Применение больными насилия и нападения

Поведение с применением насилия и нападением очень трудно предвидеть. Однако страх, с которым некоторые люди относятся ко всем психическим больным, преувеличен, поскольку лишь небольшая группа больных представляет подлинную опасность для окружающих. Наиболее надежными признаками, указывающими на возможность проявления насилия, являются: 1) чрезмерное употребление алкоголя; 2) наличие в анамнезе актов насилия с арестами или преступной деятельности; 3) плохое обращение в детстве. Хотя больные, применяющие насилие, могут вызывать реальный страх у врача, они вызывают также иррациональные страхи, которые мешают врачу сделать правильное заключение и могут привести к тому, что врач назначит слишком рано или слишком много седативных средств или физических ограничений. Больные с , насилием обычно сами боятся своих собственных агрессивных импульсов и в отчаянии ищут помощи, чтобы не потерять над собой контроль. Тем не менее, если имеется серьезный риск в отношении применения насилия, следует применить меры физического ограничения.

Клинический подход

Больные, находящиеся во власти приступа насилия, не обращают внимания на то, что говорят другие, и, может быть, даже не слышат их. Если они вооружены, они особенно опасны и способ-

ны на убийство. Таких больных необходимо обезоружить с помощью квалифицированных исполнителей закона, не нанося больным повреждений, если только это возможно. Невооруженных больных следует обезвредить с оказанием необходимой помощи и преобладающими силами персонала, так, чтобы не было борьбы. В пункте оказания неотложной помощи вооруженная полиция должна удалить пули из оружия. Имеются многочисленные случаи похищения больными оружия и убийства других.

Лучше всего воздействовать на подобных больных, оказывающих сопротивление, седативными или антипсихотическими препаратами [диазепам 5—10 мг или лорезепам 2—4 мг можно вводить внутривенно (в/в) медленно в течение 2 мин]. Наиболее важно делать в/в вливания с большой осторожностью, так чтобы не было остановки дыхания. Больным, которым можно делать внутримышечные (в/м) вливания, следует вводить галоперидол 5—10 мг или аминазин (25 мг). Если ярость обусловлена алкоголем или составляет часть постпридаточных психомоторных расстройств, сон, вызванный относительно небольшой дозой препарата, введенного в/в, может длиться часами. При пробуждении эти больные часто в состоянии полностью контролировать себя и обычно обнаруживают полную амнезию на период насилия.

Если ярость является результатом текущего психотического процесса и возвращается как только проходит эффект в/в введения, можно назначать длительный курс лечения. Иногда лучше применять в/м или пероральное введение препарата, с получасовыми или часовыми интервалами—например, галоперидол, 2—5 мг или диазепам, 10 мг — до тех пор, пока к больному не вернется способность контролировать свои импульсы, чем использовать большие дозы в начале, а в конце иметь опасность передозировки. По мере того, как к больному возвращается способность контролировать свое поведение, постепенно дают все меньшие дозы и более редко. Во время предварительного лечения следует тщательно контролировать артериальное давление и другие показатели жизнедеятельности организма. Медикаментозное лечение противопоказано больным, имеющих травму головы, поскольку лечение может спутать клиническую картину. В целом, наиболее часто применяемым методом лечения при оказании неотложной психиатрической помощи больным с проявлениями насилия является в/м введение галоперидола.

В случаях психически обусловленного насилия применяется также ЭСТ. Применение одного или нескольких курсов ЭСТ в течение нескольких часов обычно ведет к прекращению действий, связанных с насилием.

Психотическим больным с насилием иногда приходится производить насильственное удержание. Следует знать, что эта процедура сопряжена с опасностью. Она не только создает порочный круг, усиливая психотический страх у больного, но, если механи-

ческое удержание длительное, создается опасность гипертермии, а в некоторых случаях кататонического возбуждения, которое может вызвать смерть. Механическое удержание следует применять с согласия местных властей и под контролем физического состояния больного. Результатом расстройства во всех возрастных группах могут явиться взрывоподобные вспышки гнева. Эти вспышки особенно ярко проявляются в семейных ссорах. Соседи часто вызывают полицию, поскольку из дома слышны крики, свидетельствующие о применении насилия. К таким семейным ссорам следует относиться с большой осторожностью, поскольку они могут осложняться употреблением алкоголя и наличием опасного оружия. Семейная пара часто поворачивает свой гнев против неосторожного постороннего человека. Большую проблему составляет раненое самолюбие. Поэтому следует избегать покровительственного или презрительного отношения, и необходимо применять доброжелательное отношение, свидетельствующее о полном уважении и искреннем желании достигнуть примирения.

При применении насилия в семье можно отметить избирательное отношение со стороны близких родственников. Жена или муж могут обнаруживать любопытное мазохистское отношение к супругу и провоцировать насилие насмешками и другими унижениями самолюбия партнера. Такие отношения часто кончаются убийством провоцирующего партнера и иногда суицидом другого партнера; это так называемые суицидальные пакты.

Как суицидальные больные, так и больные с насилием обычно требуют госпитализации и обычно принимают предложение лечь в клинику с чувством облегчения.

Амнезия

Иногда в пункт неотложной помощи доставляют больных с выражением ужаса на лице. Несмотря на отрицательные результаты физического и лабораторных обследований, такие больные обнаруживают амнезию на события предшествующих нескольких часов или дней. Часто больные говорят, что забыли все даты, связанные с их личной жизнью. В военных учреждениях эти больные регистрируются как бродяги. Эти больные обычно страдают диссоциативными расстройствами или состояниями, характеризующимися реакцией бегства.

Такие больные нуждаются в госпитализации, и следует тщательно проанализировать жизненные обстоятельства, предшествующие состоянию бегства. В истории болезни обычно обнаруживается, что больной бежал из невыносимой ситуации. Травматизирующие обстоятельства часто включают персональное отношение, наполненное яростью, угрожающее самолюбию, и опасность утратить контроль над своими импульсами. Таких больных часто гипнотизируют и в состоянии транса они способны воссоздать недостающие детали в своей личной биографии, в том числе

и свои ощущения. Беседа под воздействием амитал-натрия также помогает восстановить память.

Амнезия после травмы (например, травмы головы) или вторичная по отношению к органическому повреждению (например, эпилепсия или опухоль) всегда должны быть исключены.

Паника

Панические реакции без психотического содержания могут появляться изолированно или как часть агорафобии. Эти эпизоды могут проявляться как страх перед надвигающимся фатальным сердечным приступом. Они могут быть связаны с болями в нижней части груди и ощущением комка в горле (истерический комок).

Обычно в анамнезе отмечается наличие тревоги и депрессии в течение предшествующих месяцев, возникающее в результате стрессовых жизненных обстоятельств, связанных с трудностями в работе, в школе или дома. Некоторые больные с пролабированием створок митрального клапана также страдают психическими реакциями.

Лечение острых приступов состоит в простом убеждении. Поскольку приступ проходит приблизительно в течение 30 мин, альпразолам (AlprazoJam, Xanax) и анаприлин (Propranolol, Inderal) также оказывают хороший эффект в купировании паники. Соответствующее длительное лечение зависит от тщательного диагностического обследования. При агорафобии хороший эффект оказывают трициклические антидепрессанты и ингибиторы моноаминооксидазы.

Гомосексуальная паника. Гомосексуальная паника является расстройством, имеющим место во взрослом периоде жизни, характеризующимся сильной тревогой, бредом и галлюцинациями, обвинениями больного в насмешливой и презрительной манере, в том, что он занимается гомосексуализмом. Паника обычно возникает у гетеросексуальных мужчин, которым трудно справляться с гомосексуальными импульсами или мыслями. Срыв может произойти в ситуации вынужденной интимности, например, в спальне колледжа или в военных бараках. Часто острой вспышке предшествует прием алкоголя или наркотиков. Если доминирует тревога, состояние может улучшиться под влиянием бензодиазепинов. Если больной страдает бредом и галлюцинациями, хороший эффект наблюдается под влиянием антипсихотических веществ.

Если только возможно, желательно, чтобы врач был противоположного больному пола, особенно если требуется длительное общение. Прикосновение к больному или его физическое обследование могут быть ошибочно истолкованы как гомосексуальные намерения и вызвать агрессию.

Посттравматические стрессогенные расстройства

Посттравматическими расстройствами называются острые -нмптомы тревожности, которые возникают после того, как боль-)й избежал смерти в бою, при несчастном случае или в катастрофе. Обычно больной сохраняет самоконтроль в течение острого периода опасности. Но некоторые лица в это время обнаруживают панические реакции, характеризующиеся ужасом и неэффективными попытками убежать, которые могут усилить панические реакции остальных. Такие охваченные паникой больные чрезвычайно подвержены внушению и их легко загипнотизировать, поэтому они могут четко выполнять инструкции, диктующие нужное поведение. Лечение должно быть направлено на то, чтобы они немедленно восстановили свое предыдущее состояние и чувство ответственности. Важнее всего избегать длительных диагностических и терапевтических больничных приемов и, таким образом, усиления регрессивного поведения и хронической инвалидизации.

Мания

Маниакальное возбуждение появляется в маниакальной фазе биполярного расстройства. В пункте оказания неотложной помощи обычно бывает возможно успокоить таких больных на достаточно длительный срок, чтобы провести лечение и госпитализировать их, если это необходимо. Галоперидол (2—20 мг) применяется для ослабления ажитации, и больного помещают в клинику. После госпитализации врач должен провести лечение, начиная с применения лития карбоната внутрь в достаточном количестве, чтобы достигнуть необходимой концентрации в крови.

Манию можно вызвать лечением антидепрессантами у биполярных больных, поэтому надо тщательно собирать сведения, чтобы определить причину мании.

Параноидная шизофрения

Больные параноидной шизофренией иногда обнаруживают психотическое возбуждение, при котором они защищаются от воображаемцх врагов или заявляют, что они — важнейшие участники грандиозных заговоров — политических, религиозных или еще каких-либо. Они могут наносить повреждения самим себе или другим, если находятся в состоянии ажитации. Иногда с ними можно установить контакт и убедить их принимать лекарство и госпитализироваться. Некоторые находятся в таком состоянии, что им приходится вводить лекарство в/м (галоперидол от 2 до 10 мг). Почти всегда показана госпитализация. Параноидная ажитация может быть также обусловлена хроническим употреблением кокаина и фенамина или другими видами интоксикации.

Кататоническая шизофрения

Больные шизофренией, находящиеся в кататоническом ступоре, могут нуждаться в неотложной помощи. Такие больные сейчас встречаются все реже. Они обычно мало говорят и автоматически подчиняются любым приказам. Имеет место восковая гибкость (каталепсия). Эти симптомы легко исчезают под влиянием антипсихотического лечения, но таких больных надо госпитализировать, чтобы изучать дальнейшее течение заболевания. Иногда кататонический ступор спонтанно и неожиданно переходит в кататоническое возбуждение, во время которого больной ажитирован, гиперактивен и склонен к нападению. Если не принять мер, больные изнуряют себя и могут погибнуть. Госпитализация и антипсихотическая терапия, например галоперидолом, обычно улучшают состояние. Для прекращения фазы возбуждения применяется также ЭСТ.

В редких случаях больного доставляют в пункт неотложной помощи полностью неподвижным в состоянии ригидности — он не разговаривает, иногда держит глаза крепко зажмуренными и не отвечает на вопросы и команды. Это вариант кататонической шизофрении, и такие больные опасны, так как могут иногда впадать в состояние возбуждения с агрессией. Их надо госпитализировать в психиатрическую клинику и как можно быстрее лечить антипсихотическими средствами. Это состояние надо дифференцировать с акинетическим мутизмом, обусловленным поражением диэнцефальной области. Такие больные неподвижны и немы и не могут осуществлять произвольных реакций. Они, однако, не негативистичны и иногда следят глазами за окружающими, стараясь осуществить контакт. Возможность органического поражения мозга как причину кататонического ступора следует исключить тщательным лабораторным и клиническим обследованиями.

Бессонница

Бессонница может быть относительно безобидным симптомом, связанным с периодом необычного для данной личности стресса. Но она может быть началом более тяжелой депрессивной реакции, в случае которой она проявляется в ажитации ранним утром и наличии других признаков и симптомов депрессии. Больной иногда боится засыпать из-за страшных снов, вызванных неврозом после травмы, связанной со сражением, несчастным случаем или другой катастрофой, пережитой им. Дифференциальный диагноз зависит от тщательно собранной истории болезни. Однако накопление усталости от бессонных ночей может осложнять клиническую картину, каким бы ни был диагноз. Нарушения сна и клинический подход к ним обсуждаются в главе 15.

В целом назначение снотворных не показано, за исключением

-оротких периодов времени. Можно применять седативные веще-гва, относящиеся к классу бензодиазепинов, такие, как триазолам (Triazolam, Halcion) от 0,25 до 0,5 мг на ночь в течение 10 дней. Следует лечить психическое расстройство, лежащее в основе бессонницы.

Нервная анорексия и булимия

Ключевым симптомом нервной анорексии является навязчивая одержимость стремлением быть худым. Она обычно обнаруживается у женщин. Жертва этого состояния может становиться физически очень хрупкой и кахектичной. Анорексия может сочетаться с булимией, также нервного характера, при которой жертва пытается похудеть с помощью искусственно вызванной рвоты или поноса от приема слабительного средства или клизмы. Компульсивное избегание пищи может вызвать у больного такое сильное истощение, что он умирает. Больной может оказаться в пункте неотложной помощи в состоянии голодания, дегидратации и электролитического дисбаланса. В связи с этим показана госпитализация и насильственное питание.

Головная боль

У больных с головной болью, поступающих в пункт неотложной помощи, следует исключить органический фактор. Психиатрический диагноз, целиком основанный на головной боли, ставится только при расстройстве в виде соматизации ипохондрии и депрессии. Обезболивания с помощью наркотических средств следует избегать, поскольку имеется риск появления зависимости. Больные с искусственно демонстрируемыми расстройствами притворяются, что у них имеют место различные соматические симптомы, в том числе и головная боль, чтобы добиться[4] чего-то.

Дисменорея

Больная, которая обращается в пункт неотложной психиатрической помощи по поводу дисменореи, обычно страдает депрессией. В этом случае могут иметь место суицидальные мысли. В DSM-III-R имеется новая противоречивая категория—дисфорические расстройства поздней лютеиновой фазы (глава 19), описывающая больных, которые могут быть тяжело депрессивны, враждебны и ажитированы во время менструации. Могут наблюдаться суицидальные попытки или кратковременные реактивные психозы. Если диагностируется суицидальная депрессия и имели место суицидальные попытки в прошлом и суицидальная одержимость, показана госпитализация.

Гипервентиляция

Тревожные больные часто задыхаются от ужаса. После нескольких секунд усиленного дыхания возникает состояние алкалоза, обусловленное чрезмерной выработкой двуокиси углерода. Сознание сужено, отмечается головокружение, онемение конечностей, карпопедальный спазм, обморочное состояние и ухудшение зрения. Эти симптомы еще больше пугают и так уже испуганных больных. Усиленное дыхание продолжается автоматически и не поддается контролю. Во время приступа наблюдаются изменения на электрокардиограмме и электроэнцефалограмме, которые отражают нарушение обмена веществ.

Классический способ лечения заключается в том, чтобы заставить больного дышать в бумажный пакет, что восстанавливает уровень двуокиси углерода в крови вследствие вдыхания CO_2. Более эффективным является подход, направленный на изменение поведения больного, при котором больного убеждают дышать в приемной врача, в присутствии друга или родственника. Однако отдаленные результаты зависят от последующего подкрепления, когда приступы возникают вне лечебного учреждения. Понимание больным механизмов симптома (т. е. гипервентиляции) представляет собой наилучший фундамент для эффективной терапии.

Горе и реакция на него

Симптомы нормальной реакции на случившееся горе включают чувство вины, раздражительности, бессонницу и соматические жалобы. Больной, который поступает в пункт неотложной помощи, должен проанализировать свои чувства, и его надо убедить, что они нормальны. Антидепрессанты блокируют нормальные процессы, связанные с реакцией горя, и поэтому противопоказаны. Легкие транквилизаторы, такие как триазолам (Triazolam, Halcion) — 0,25 мг или флуразепам (Flurazepam, Dalmane) — 0,15 мг дают на ночь в течение 3—4 дней. Реакцию горя следует дифференцировать с депрессией, которая характеризуется чувством безнадежности, вегетативными реакциями и суицидальными мыслями и которая требует более серьезного лечения.

ОРГАНИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ, ТРЕБУЮЩИЕ НЕОТЛОЖНОЙ ПОМОЩИ

Делирий и деменция

Делирий и деменция являются органическими заболеваниями мозга, характеризущимися глобальными когнитивными нарушениями, расстройством эмоциональной сферы и импульсивностью, а также нарушениями сна и бодрствования. Причины мно-

гофакторны, и первой задачей психиатра в пункте неотложной помощи является убедиться в том, что больной физически крепок, а после этого — обнаружить причину дезорганизации мозговых функций. Ажитированного, беспокойного, испуганного или агрессивного больного надо успокоить с помощью седативных средств, чтобы предотвратить осложнения и несчастные случаи. Можно назначить галоперидол в дозах от 2 до 10 мг в/м и давать его каждый час, если больной остается ажитированным. Бензодиазепины используются в связи с их седативным эффектом и противосудорожными свойствами (диазепам, от 5 до 10 мг внутрь или в/м, лоразепам—от 2 до 4 мг). Важно, однако, чтобы лечение обоих заболеваний было направлено на устранение основной причины. Помещение в клинику показано как при делирии, так и при деменции. Таким больным показано введение глюкозы (при гипогликемии), тиамина (при энцефалопатии Вернике) и налорфина (при передозировке опиоидов), чтобы исключить угрозу острого делирия. Психоорганические расстройства (их причины и лечение) подробно рассматриваются в главе 4.

Алкоголизм

Алкоголики, возможно, являются группой больных, которых хуже всего лечат в пункте неотложной помощи. Они часто грязные, с дурным запахом и либо нападают на окружающих, либо провоцируют их. Они вызывают негативное отношение к себе со стороны персонала пункта неотложной помощи, которые часто не уделяют им должного внимания. Тщательное соматическое обследование этих больных чрезвычайно важно, поскольку алкоголь может маскировать патологическое поведение, обусловленное шизофренией, гипогликемией или субдуральным кровоизлиянием. Аналгезирующее действие алкоголя может маскировать наличие перелома костей и другие серьезные повреждения.

Врач должен помнить о возможности смешанного привыкания к веществам: алкоголик может злоупотреблять также барбитуратами и транквилизаторами. Кроме того, антидепрессанты, фенотиазины и другие подобные психотропные вещества усиливают действие алкоголя. Таким образом, необходим тщательно собранный анамнез в отношении употребления препаратов. Начинать лечение лучше всего с абстиненции, вызванной барбитуратами.

Когда подозрение на наличие тяжелого соматического заболевания отпадает, лечение острой алкогольной интоксикации в пункте неотложной помощи направлено на то, чтобы больной как можно быстрее был способен лечиться амбулаторно.

Острая интоксикация. Это состояние, известное также как опьянение, характеризуется нетвердой походкой, смазанной речью, ослаблением внимания и аффективной лабильностью. Уровень содержания алкоголя в крови варьирует между 100 и 200 мг/дл.

Никакого специфического лечения не требуется, так как большинство больных засыпают и просыпаются через 3—4 ч без последствий. Могут иметь место нарушения памяти на период опьянения. Патологическая интоксикация лечится галоперидолом.

Алкогольная абстиненция. Когда исчезнут явные признаки интоксикации, необходимо следить за симптомами интоксикации: грубый тремор, гиперфиксия, тенденция к старт-реакции на небольшие стимулы и тошнота. В это время обычно повышается частота пульса и артериальное давление.

Тяжесть абстинентного синдрома зависит от хронизации и тяжести предшествующего алкогольного состояния. При наличии сомнений больного следует госпитализировать. Назначаются внутрь бензодиапины, повторно, с промежутками от 1 до 6 ч, в зависимости от состояния больного. Нет смысла назначать препараты парентерально, если с больным сохранен контакт. Когда состояние больного сохраняется устойчивым от 24 до 36 ч, следует прекратить введение лекарственного препарата, постепенно снижая дозу в течение нескольких дней. Если симптомы абстиненции не появляются, хотя ожидались, следует вводить бензодиазепины каждые 6 ч в течение 24 ч. Если симптомы не проявились после 24 ч, лечение следует постепенно в течение нескольких дней прекратить.

Делирий при алкогольной абстиненции. При делирии, обусловленном алкогольной абстиненцией, называемом также белой горячкой (delirium tremens), уровень смертности колеблется от 5 до 20%, если не проводится лечение. Эти случаи подлежат неотложной психиатрической помощи, поскольку имеется возможность сердечного или сосудистого коллапса. Лечение включает госпитализацию, поддержание нормального уровня гидратации, питания и баланса электролитов, особенно магния и калия. При делирии применяют седативные средства, например диазепам, от 10 до 20 мг внутрь или в/м каждые 1—4 ч, что имеет также значение для предотвращения абстинентных припадков. Белую горячку следует дифференцировать от алкогольного галлюциноза, при котором слуховые галлюцинации наблюдаются при частом сенсо-риуме. Эти галлюцинации хорошо поддаются антипсихотической терапии.

Энцефалопатия Вернике. Энцефалопатия Вернике, наблюдающаяся у больных хроническим алкоголизмом, характеризуется деменцией, офтальмоплегией и атаксией. Тамин (100 мг в день) излечивает это заболевание в течение нескольких месяцев.

Неотложная помощь при наркомании

Опиоиды. Больные с передозировкой опиоидов выглядят бледными и цианотичными. Зрачки у этих больных «как острие булавки» и рефлексы ослаблены. У них может прекращаться дыхание

или наблюдаться два—три поверхностных вдоха в минуту. Следует обращать внимание на жизненно важные признаки, такие как уровень сознания, глубокие сухожильные рефлексы, размер зрачка и реактивность, артериальное давление, скорость сердечных сокращений и дыхания. Следует всегда поддерживать открытый доступ воздуха.

Необходимо брать кровь для изучения уровня содержания лекарств, и надо вводить больному внутривенно гидрохлорид налоксона (Nacn) в количестве 0,4 мг в 1 мл. Налоксон является антагонистом наркотиков, который прекращает действие опиоидов, включая подавление дыхания, через 2 мин после инъекции. Если желаемый уровень противодействия и улучшения дыхательной активности не достигается, дозу можно повторить через 2—3 мин. Если после 2 или 3 таких доз не удается достигнуть значительного улучшения, можно предполагать, что это состояние частично или полностью обусловлено другим патологическим процессом или воздействием ненаркотических седативных препаратов. Больные, которые реагируют на налоксон, нуждаются в тщательном наблюдении, иначе они могут снова впасть в коматозное состояние.

Если состояние обусловлено передозировкой метадона, дыхание надо контролировать в течение 24 ч из-за того, что токсичность может продолжаться долго, а действие налоксона достаточно кратковременное. В случае передозировки метадона бывает необходимость введения налоксона постоянно, капельно в течение всей ночи (0,2 мг налоксона на 500 мг 0,45-нормального раствора со скоростью 0,4 мг каждые 30 мин).

Члены семьи или друзья, которые доставляют больного в пункт неотложной помощи, должны дать сведения о том, что принимал больной и в каких дозах. Если в распоряжении имеется сам препарат, его следует направить в лабораторию на анализ. Сразу же по получении результатов надо сделать анализ мочи. Важно рассмотреть возможность наличия соматических заболеваний, которые могут напомнить реакцию на наркотическое вещество, таких, как диабет, или состояние после припадка. Для более подробного обсуждения опиоидов см. раздел 13.4. «Абстиненция, вызванная седативными и снотворными». Применение барбитуратов, небарбитуратов и так называемых малых транквилизаторов распространено чрезвычайно широко. Первые симптомы абстиненции могут начинаться через 8 ч после приема последней таблетки и проявляются тревогой, спутанностью и атаксией. Иногда появляется значительный тремор с головной болью, тошнотой и рвотой. Припадки, включая эпилептический статус, могут иногда появляться после первых 12 ч абстиненции; они представляют собой серьезное осложнение, так как могут быть результатом повреждения головы. Когда бы ни появились припадки у взрослого человека, ранее не страдавшего эпилепсией, абстиненция должна

рассматриваться как симптом, требующий дифференциальной диагностики.

По мере того, как абстиненция продолжается, возникает психотическое состояние, характеризующееся галлюцинациями, паникой и дезориентировкой. Почти всегда имеется нистагм. Самым простым способом, с помощью которого можно устранить наличие абстиненции, это спросить больного относительно дозы, которую он обычно принимает, разделить цифру, которую ему сообщат, пополам и вводить эту дозу в четыре приема каждые 8 ч. В случае смешанного привыкания абстиненцию проще всего купировать барбитуратами, поскольку при этом имеет место перекрестная толерантность ко всем анксиолитическим и подобным веществам. За больными надо тщательно наблюдать и снижать дозу, если больной впадает в сонливое состояние, и увеличивать, если появляются признаки абстиненции. С этого времени дозу постепенно редуцируют, незначительно уменьшая через день количество вводимого вещества; это продолжается в течение 7—10 дней, заканчиваясь тем, что больной получает по 1 таблетке в день. Такая доза остается в течение 2 дней, после чего седативная терапия прекращается.

Если у больного невозможно узнать, какова его или ее обычная дневная доза, вводят минимальную тест-дозу 200 мг фенобарбитала натрия перорально; спустя час производится обследование. Если больной дремлет или спит, делают вывод, что он или она принимают минимальную дозу, равную 200 мг/сут; если имеет место нистагм, атаксия и опущение век при отсутствии вербальной реакции, предполагается, что принимается средняя доза, 500 мг/сут; если больной в состоянии говорить, но речь дизартрична, можно предполагать максимальную дозу — 600—700 мг в день; если больной обнаруживает лишь минимальный эффект, доза, по-видимому, чрезвычайно большая — 900 мг или более в день. В соответствии с этим следует планировать лечение.

Амфетамин и кокаин. Больные, злоупотребляющие амфетамином и кокаином и находящиеся в состоянии интоксикации, могут быть ажитированными, психотическими или делириозными. Эти вещества вызывают расширение зрачков, которые реагируют на свет, повышение артериального давления и температуры, сухость во рту, тахикардию и сердечную аритмию и повышение сухожильных рефлексов. Больные часто параноидны, имеют тактильные галлюцинации, раздражительны и склонны к насилию и агрессии. Бред и галлюцинации, вызванные кокаином, обычно более кратковременны, чем вызванные фенамином. Лечение направлено на снижение вегетативной гиперактивности сибазоном (Diazepam, от 5 до 10 мг внутрь или в/м) и бреда и галлюцинаций антипсихотическими веществами (галоперидол, от 2 до 10 мг).

Галлюциногены. К галлюциногенам относится ЛСД (LSD), фенциклидин (Phencyclidine, PCP), псилоцибин и мескалин. Спо-

радически появляются новые препараты. Эти вещества вызывают расширение зрачков, которые реагируют на свет, повышение артериального давления, повышение сухожильных рефлексов, лихорадку, тахикардию, потливость и нистагм. Психотические реакции связаны с перцептивными расстройствами и галлюцинациями. Может возникать паника с импульсивными побегами и суицидами. Иногда наблюдаются импульсивные агрессивные действия.

После алкоголя наиболее частой причиной неотложной госпитализации является фенциклидин (PCP, «порошок ангела», hog). Наличие диссоциативных феноменов, нистагма (горизонтального, вертикального, ротационного), мышечной ригидности и повышенного артериального давления у больного, который ажитирован, находится в психотическом или коматозном состоянии и у которого нет расстройств дыхания, позволяет предположить наличие интоксикации, вызванной PCP. Лечение этого состояния транквилизаторами фенотиазинового ряда противопоказано. Воздействие с помощью разговора (talking down process) не эффективно, так как больной недоступен контакту с окружающей действительностью. Рекомендуются следующие меры: I) сенсорная изоляция; причем больной помещается в тихой комнате на полу, на подушке; 2) промывание желудка, чтобы удалить наркотик; 3) диазепам для снижения тревожности; 4) назначение диуретических средств; хлорида аммония и фуросемида (Lasix), что позволяет увеличить экскрецию PCP; и 5) лечение гипертензии пропранололом (Inderal). Механическое удерживание не следует применять в связи с опасностью гипертермии.

Центральный антихолинергический синдом (ЦАС). Атропин, скополамин, белладонна и антигистаминные препараты являются активными ингредиентами не прописываемых таблеток от бессонницы и антипаркинсонических средств. В результате передозировки или гиперсенситивности эти так называемые антихолинергические вещества могут вызывать острую психотическую реакцию. Этот синдром может быть также обусловлен лечением антидепрессантами и антипсихотическими препаратами. Кроме психотических симптомов, которые можно спутать с шизофренией, у больного имеют место расширение зрачков, покраснение кожи, расплывчатое зрение, лихорадка, делирий и задержка мочи.

Основываясь на полученных сведениях, врач может назначить физостигмин (4,0 мг в/м) для диагностических целей и быстрого улучшения состояния. В психотических состояниях, обусловленных антихолинергическими веществами, улучшение после одной инъекции продолжается от 2 до 3 ч. В любом случае психотические реакции обычно прекращаются в течение 3 ч. Возможно, наиболее важным аспектом этой психотической категории является то, что использование фенотиазинов противопоказано; больные обнаруживают непереносимость к этим транквилизаторам из-за их антихолинергического действия, что усиливает делирий и иног-

да вызывает опасное понижение давления. Когда имеются сомнения, лучше избежать фенотиазинов и вместо этого использовать хлордиазепоксид (Lithium), диазепам (Valium) или фенобарбитал. Физостигмин обычно не применяют, если ЦАС обусловлен трициклическими препаратами в связи с кардиотоксическими эффектами.

Ингибиторы МАО. Лечение депрессий ингибиторами (МАО) может вызвать гипертензивный криз, если больные употребляют в пищу продукты с высоким содержанием тирамина (сыр, копченую или маринованную рыбу, мясо со специями, красные вина, куриную печень, дрожжевые экстракты, слишком много кофе) или если они получают симпатомиметические вещества, особенно в инъекциях. Гипертонический криз характеризуется тяжелыми головными болями в области затылка, которые могут иррадиировать в лоб, сердцебиением, ригидностью и болезненностью шеи, тошнотой, рвотой, потливостью, светобоязнью, сжимающими болями в груди и расширением зрачков. При гипертоническом кризе часто наблюдается интракраниальное кровоизлияние, иногда со смертельным исходом.

При появлении гипертонического криза следует сразу отменить ингибиторы МАО и назначить средства, понижающие артериальное давление. Хлорпромазин, таблетки по 50 мг можно давать перорально, если после погрешностей в диете появляются головные боли. В случае тяжелого криза, если больного доставляют в пункт стационарной неотложной помощи, следует ввести 5 мг фентамина внутривенно, медленно, чтобы избежать чрезмерного гипотензивного эффекта.

Между ингибиторами МАО и промедолом возникает токсическое взаимодействие, которое может приводить к смерти. Когда больные принимают комбинацию из этих двух типов препарата, они становятся ажитированными, дезориентированными, цианотичными; у них имеют место гипертермия, гипертензия и тахикардия. При появлении этих признаков целесообразно назначать хлорпромазин. Относительно других наркотиков и о подобном психическом взаимодействии клинических сообщений нет. Если больному, находящемуся на лечении ингибиторами МАО, требуются наркотики, следует избегать промедола. В пункте неотложной помощи нужно тщательно собирать сведения о приеме ингибиторов МАО, прежде чем назначать наркотики.

Истощение и гипертермия

Начиная с первого сообщения, сделанного в 1932 г., появилось описание синдрома, известного как летальная (или фатальная, смертельная или пернициозная) кататония, делириозное состояние, гипертоксическая шизофрения или синдром истощения. Это состояние характеризуется наличием крайне выраженного возбу-

ждения или кататонического ступора или тем и другим, с подъемом температуры. Такая гипертермия может быстро приводить к смерти. Гиперажитированное состояние с агрессией может переходить в истощение, от которого через 1,5—14 дней наступает смерть, если не проводить эффективной терапии. Рекомендуется электросудорожная терапия. Причина этого состояния неизвестна. Вследствие того, что больные обязательно получают химиотерапию, часто ошибочно назначаются различные препараты без вызванной причинной необходимости. Тот факт, что данный синдром возникал и до 1952 г., свидетельствует о том, что он не обусловлен воздействием нейролептиков, но, скорее всего, вызывается вирусом неизвестной природы.

Гипотермия

В пункт неотложной помощи могут попадать люди, страдающие гипотермией. Это состояние часто проходит незамеченным или ставится неправильный диагноз психического заболевания, что обусловлено спутанностью, летаргией и агрессивностью, являющихся наиболее ранними симптомами заболевания.

Диагноз ставится на основании низкой температуры тела (34,4° С) и дрожания. Больные с очень низкой температурой тела (ниже 33,3° С) могут не чувствовать холода; иногда появляется парадоксальное ощущение тепла, которое обусловливает желание некоторых больных раздеться (патологическое раздевание). Лечение в пункте неотложной помощи состоит во внутривенном введении жидкости и согревании организма с погружением всего тела в теплую воду от 32,2—41,1° С или с помощью одеял. Надо тщательно контролировать состояние сердечной деятельности, так как в результате переохлаждения тела возникает иногда фибрилляция желудочков. Следует избегать алкоголя, поскольку его употребление приводит к периферическому сосудорасширяющему действию.

Примечание автора. Ради краткости и для того, чтобы избежать повторов, в данном разделе приведены не все случаи психиатрической неотложной помощи (например, злокачественный нейролептический синдром, акатезия, отдаленная акатезия и др.). Читатель может сам найти соответствующий раздел, посвященный этим и другим случаям неотложной помощи, где они излагаются более подробно.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

Bellak L., Siegel H. The Handbook oflntensive, Brief, and Emergency Psychiatry. CRS, Larchmont, New York, 1983. *Hanke N.* Handbook of Emergency Psychiatry. Health, Boston, 1984.

McNiel D.E., Binder R.L. Predictive validity of judgments of dangerousness in emergency civil commitment.— Am.J. Psych., 1987, 144, 197.
RundD.A., Hutzler J.C. Emergency Psychiatry. Mosby, St. Louis, 1983.
Slaby A.E. Crisis-oriental therapy.— In: Emergency Psychiatry at the Crossroads: New Directions for Mental Health Services/Eds. F. R. Lipton, S. M. Goldfinger, p. 21. Jos-sey-Bass, San Francisco, 1985.
Slaby A. E. Emergency psychiatry in the general hospital: Staffing, training, and leadership issues.—Gen. Hosp. Psych., 1981, 3, 306.
Slaby A.E. Emergency psychiatry: An update. H and C Psych., 1981, 32, 687.
Slaby A.E., Glicksman A.S. Adapting to Life-threatening Illness. Praeger, New York, 1985.
Slaby A.E., Lieb J., Tancredi L. Handbook of Psychiatric Emergencies, ed. 3. Medical Examination Publishing, New York, 1985.
Weissman A. Coping Capacity: On the Nature of Being Mortal. Human Sciences Press, New York, 1984.

Глава 23
ПСИХОТЕРАПИЯ

23.1. ПСИХОАНАЛИЗ И ПСИХОАНАЛИТИЧЕСКАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ

ВВЕДЕНИЕ

Психоанализ и психоаналитическая терапия применяют принципы психоанализа для понимания и модификации человеческого поведения. Эти две формы лечения сходны в том, что в обеих исследуется психодинамика, которая изучает идеи, импульсы, эмоции и защитные механизмы, которые объясняют, как мозг работает и как он адаптируется. Психоанализ прежде всего основывается на интерпретации, являющейся его технической модальностью, и на переносе (связь между психиатром и больным). Психоаналитическая терапия также использует интерпретацию, но меньше сосредоточивается на переносе, а больше — на событиях реальной жизни. Кроме того, психоаналитическая психотерапия подчеркивает текущую интерперсональную активность, тогда как психоанализ пытается восстановить события из прошлой жизни больного. Однако между двумя лечебными модальностями имеется континуум, так что иногда трудно решить, относится ли данный метод к психоанализу или к психоаналитической терапии.

ПСИХОАНАЛИЗ

Основы психоанализа

Психоанализ начался с лечения больных гипнозом. В 1881 г. Анна О., нецротичная молодая женщина, у которой обнаруживались множественные зрительные и моторные нарушения, а также расстройства сознания, прошла курс лечения у венского терапевта Иосифа Брейера. Он наблюдал исчезновение патологических симптомов, когда больная вербализировала их под гипнозом. Фрейд пользовался этим методом вместе с Брейером, и они описали полученные результаты в 1895 г. в «Исследовании истерии». Они объяснили истерию как результат травматизирующих ощущений, сексуальных по своей природе и связанных с повышенным аффектом, который был отделен от сознания и выразился в зама-

скированной форме в различных симптомах. Фрейд в конечном счете отказался вводить своих больных в гипнотический транс; вместо этого он заставлял их ложиться на кушетку и с закрытыми глазами концентрироваться на событиях прошлого, имеющих связь с наблюдавшимися у них в настоящее время патологическими проявлениями. Этот метод концентрации в конце концов стал методом свободных ассоциаций. Фрейд инструктировал своих больных говорить все, что приходило им на ум, без какого-либо контроля над этими мыслями. Этот метод все еще используется и сейчас и является одним из способов, с помощью которых мысли и чувства, содержащиеся в подсознании, выносятся на уровень сознания.

В «Интерпретации снов» Фрейд описал топографическую модель ума, как состоящего из сознания, предсознания и бессознательного. Сознательный уровень характеризуется как осознание; предсознание — как мысли и чувства, которые легко доступны сознанию, а бессознательное, как мысли и чувства, которые не могут стать осознанными, если не преодолеть сильного сопротивления. Бессознательное содержит невербальные формы мыслительной функции и лежит в основе снов, оговорок («соскальзывание с языка») и психологических симптомов. Психоанализ подчеркивает конфликт между бессознательными побуждениями и нормальной оценкой, которую больные дают своим импульсам. Этот конфликт лежит в основе феномена подавления, который рассматривается как патологический. Свободные ассоциации позволяют восстановить материал, находящийся в памяти, в подавленном состоянии и поэтому вносят вклад в лечение.

В 1923 г. Фрейд описал свою структурную теорию ума в «Эго и иды». Он рассматривал эго как группу функций, доступных сознанию, которые опосредуют требования ид, суперэго и окружающей действительности. Он рассматривал тревогу как. эго — реакцию на опасность прорыва запрещенных импульсов.

Современные достижения психоанализа сфокусировались на углубленном понимании функций эго (эго-психология), роли ранних связей (объективных связей) и связи между аналитиком и больным.

Цель психоанализа

Основное требование психоанализа — постепенная интеграция ранее подавленного материала в общую структуру личности. Это медленный процесс, который требует, чтобы аналитик поддерживал баланс между интерпретацией бессознательного материала и способностью больного справиться с возросшим осознанием. Если работа проходит слишком быстро, имеется опасность, что больной будет чувствовать новую травму в процессе анализа. Ра-

бота по анализу изначально подготавливает больного справиться с материалом, который должен быть раскрыт, а это вызывает тревогу.

Больного учат осознавать внутренние мысли и чувства и распознавать наличие естественного сопротивления уму, желанию или способности действовать прямо с нежелаемым психическим материалом. Больной и аналитик редко следуют к инсайту (критике) прямым путем. Напротив, процесс анализа более похож на складывание огромных и сложных картинок — головоломок.

Положение при психоанализе

Обычно при психоанализе больной лежит на кушетке или на диване, а аналитик сидит сзади него, частично или полностью вне поля зрения больного. Кушетка помогает аналитику вызывать контролируемую регрессию, которая способствует входу репрессированного материала. Положение больного полулежа в присутствии внимательного аналитика также способствует восстановлению ранней ситуации родитель — ребенок, которая у разных больных[1] различна. Это положение помогает также больному сосредоточиться на внешних мыслях, чувствах и фантазиях, которые могут затем стать фокусом свободных ассоциаций. Более того, использование кушетки вводит элемент сенсорной депривации, поскольку зрительные стимулы, поступающие к больному, ограничены, а вербализация со стороны аналитика бывает довольно редко. Это состояние способствует регрессии. Однако в отношении использования кушетки как неизбежного атрибута психоанализа мнения психоаналитиков расходятся. Фенихель (Fenichel) утверждает, что лежит ли больной на кушетке или сидит и выполняются или нет некоторые ритуалы, не имеет значения. Наилучшим состоянием является такое, которое способствует аналитическому заданию.

Роль аналитика

В большинстве случаев активность аналитика ограничена интерпретацией, ощущений больного. В идеале аналитик, который проходил курс психоанализа в процессе обучения, способен поддерживать отношение благожелательной объективности по отношению к больному, стараясь не навязывать свою собственную личность или систему ценностей. Тем не менее, невозможно или нежелательно для аналитика быть так называемым пустым экраном, tabula rasa, или аналитиком инкогнито. В основе отношений с аналитиком лежит реальная связь, и поддержание этой реальной связи может обусловить разницу между успехом и неуспехом при лечении.

Длительность терапии

Больной и врач должны быть готовы участвовать в этом процессе неопределенно долгое время. Время, необходимое для выполнения психоаналитического задания, составляет от 2 до 5 лет, иногда даже больше. Курсы проводятся обычно 4 раза или более в неделю в течение 45 и 50 мин каждый. Некоторые виды анализа проводятся менее часто и в течение 20—30 мин. Французский психоаналитик Jackues Lacan ввел курсы различной продолжительности (от 3 до 45 мин), которые, как он полагает, равно эффективны.

Методология лечения

Фундаментальное правило психоанализа. Основным правилом является то, что больной согласен быть абсолютно честным с аналитиком. Все идеи, импульсы, мысли и чувства должны вербализироваться. Этот принцип обусловливает, что больной избегает всех действий, базирующихся на импульсах, без адекватной предшествующей дискуссии с аналитиком.

Свободные ассоциации. Свободная ассоциация относится к тому, что больной произносит все, что приходит на ум без какого-либо контроля, независимо от того, приемлемо ли это, важно или деликатно. Ассоциации направлены на три типа бессознательных сил: патогенетические конфликты невроза, желание иметь хорошее самочувствие и желание заслужить одобрение у аналитика. Взаимодействие между этими тремя факторами становится очень сложным. Например, мысль или импульс, которые неприемлемы для больного и которые являются частью его (ее) невроза, могут вступать в конфликт с желанием больного получить одобрение аналитика, который, как предполагает больной, также находит импульс неприемлемым.

«Свободно плывущее» внимание. В свободных ассоциациях психоаналитик должен особым образом прислушиваться к «свободно плывущему» вниманию. Аналитик позволяет ассоциациям больного стимулировать его собственные ассоциации и, таким образом, оказывается в состоянии понять содержание свободных ассоциаций больного настолько, что может отразить их обратно на больного сразу или некоторое время спустя. Тщательное внимание аналитика к своим собственным субъективным ощущениям является неотъемлемой частью анализа.

Правило воздержания. Правило воздержания относится к способности больного задержать наступление удовлетворения и инстинктивных желаний поговорить о нем в процессе лечения. Напряжение, порождаемое таким образом, вызывает релевантные ассоциации, которые аналитик использует для усиления больным их осознания. Правило не относится к сексуальному воздержанию, а, напротив, к тому, чтобы не дать больному возможности продол-

жить инфантильную тоску по любви и привязанности. Другими словами, аналитик не должен играть роль всепрощающего родителя, если хочет, чтобы работа продвигалась успешно.

Аналитический процесс

Перенос. Основным критерием, с помощью которого психоанализ может быть в принципе отдифференцирован от других видов психотерапии, есть перенос. Действительно, психоанализ можно определить как анализ переноса, чтобы подчеркнуть важность этого аспекта.

Перенос был впервые описан Фрейдом и означает чувства и поведение больного по отношению к аналитику, которые основаны на инфантильных желаниях больного по отношению к родителям или лицам, замещающим родителей. Эти чувства являются бессознательными, но обнаруживаются в неврозе переноса, при котором больной борется за то, чтобы удовлетворить свои бессознательные инфантильные желания через аналитика. Перенос может быть позитивным, при котором аналитик видится личностью исключительных достоинств, способностей и характера, или он может быть негативным, при котором его презирают, не видя никаких положительных качеств. Обе ситуации отражают потребность больного в повторении неразрешенных конфликтов детства.

Один критерий, с помощью которого психоанализ можно отдифференцировать в принципе от других форм психотерапии, включая психоаналитическую психотерапию, есть отношение к переносу. В общей психиатрии термин «перенос» обозначает свободное предназначение для всех аспектов чувств больного и поведения по отношению к врачу. Он включает рациональные и адаптивные аспекты, так же как аспекты иррациональных нарушений, которые возникают из бессознательных усилий. Когда он используется в этом смысле, по-видимому, адекватно отнестись к переносу как к связи. Напротив, перенос в психоанализе понимается как эндопсихический феномен, который возникает исключительно в мозгу.

Нарциссический перенос. Фрейд обнаружил, что у некоторых больных невроз переноса не может сформироваться, поскольку у них имела место фиксация на нарциссической стадии развития, и они не могли привязаться к какому-то другому лицу. Heinz Kohut разработал концепцию этих случаев и описал нарциссический перенос, который появляется при пограничных и нарциссических расстройствах личности. Такие больные имеют чрезвычайно лабильные чувства в отношении аналитика, которые колеблются между крайностями любви и ненависти и называются «расщеплением».

Интерпретация. В психоанализе аналитик дает больному интерпретацию относительно психологических явлений, которые

ранее больной не понимал и которые не имели для него смысла. Перенос образует основную рамку для интерпретации. Полная психоаналитическая интерпретация включает значимое утверждение относительно настоящих конфликтов и исторические факты, которые оказывали на них влияние. Однако полная интерпретация такого типа составляет относительно небольшую часть анализа. Большинство интерпретаций более ограничены в пространстве и имеют отношение к тем вопросам, которые возникают сразу же.

Интерпретации должны быть хорошо организованы во времени. Аналитик может иметь интерпретацию, но больной еще не готов к ней из-за ряда факторов, таких, как уровень тревожности, негативный перенос и стрессорное воздействие окружающей действительности. Аналитик может решить, что надо подождать до тех пор, пока больному станет полностью понятна интерпретация. Соответствующее распределение времени для интерпретации требует большого клинического мастерства от врача.

Интерпретация снов. В своей классической работе «Интерпретация снов» Фрейд определил сон как «королевская дорога в бессознательное». Содержимое сновидения—это то, о чем сообщает спящий. Латентное содержимое представляет собой бессознательное значение сновидения после завершения его сжатия, замещения и анализа символов. Сновидение возникает из того, что Фрейд называет остаточными явлениями сна (т. е. события предшествующего дня, которые стимулируют бессознательное в уме больного). Сновидение может служить в качестве механизма, исполняющего желание, а также помогающего справиться с событиями окружающей действительности, вызывающими тревогу.

Фрейд выделил несколько технических способов для использования интерпретации сновидений: 1) предложить больному связать элементы сновидения в том порядке, в котором они появились; 2) предложить больному связать с определенным элементом сновидения то, что он (она) или врач выберет; 3) не обращая внимания на содержание сновидения, спросить больного, какое событие предшествующего дня можно ассоциировать со сновидением (остаточное явление дня), и 4) не давать никакой инструкции и побудить больного рассказать о нем самому. Аналитик использует ассоциации больного, чтобы обнаружить ключ к работе бессознательного в мозгу.

Противоперенос. Точно так же, как перенос используется для отнесения всего диапазона ощущений больного «за» и «против» аналитика, противоперенос относится к широкому спектру реакций аналитика на больного. Противоперенос имеет бессознательные компоненты, основанные на конфликтах, о которых аналитик не знает. В идеале аналитик должен знать вопросы, касающиеся противопереноса, которые могут помешать его способности оставаться доброжелательным и объективным. Аналитик должен

устранить такие препятствия либо путем дальнейшего анализа, либо самоанализом. Однако как бы то ни было, имеются больные, или группы больных, с которыми данный аналитик не может хорошо работать, и опытный врач, осознав это, отправляет таких больных к своему коллеге.

Терапевтический союз. Кроме переноса и противопереноса имеется реальная связь между аналитиком и больным, которая представляет связь между двумя взрослыми людьми, вступившими в совместное мероприятие, которое называют «терапевтическим» или «работающим» союзом. Оба посвящают себя раскрытию проблем больного, устанавливают взаимное доверие и сотрудничают друг с другом, чтобы достигнуть реальной цели — лечения или коренного улучшения состояния.

Сопротивление. Фрейд считал, что бессознательные идеи или импульсы были подавлены и не допускались до сознания, так как неприемлемы для сознания по нескольким причинам. Он называл эти феномены сопротивлением, которое преодолевалось путем анализа. Сопротивление иногда является- осознанным процессом, который проявляется раскрытием релевантной информации. Другие примеры сопротивления остаются «молчащими» в течение длительного времени, проявляясь опозданием или пропуском свиданий, запоздалым оплачиванием счетов или вовсе неуплатой их. Таких признаков сопротивления множество, и почти любой из них в ситуации анализа может быть использован как проявление сопротивления. Фрейд однажды сказал, что любое лечение может считаться психоанализом, если оно направлено на преодоление сопротивления и интерпретацию переносов.

Показания к лечению психоанализом

Первичные показания для психоанализа — длительные психологические конфликты, которые вызывают патологические проявления или расстройства. Связь между конфликтом и расстройствами может быть прямой или непрямой. Психоанализ считается эффективным в лечении тревожных расстройств (особенно фобий и обсессивно-компульсивных нарушений), легких депрессий (дистимий), некоторых расстройств личности, расстройств в виде импульсивности, парафилий и других сексуальных нарушений. Однако более важной, чем диагноз, является способность больного образовать союз с аналитиком и поддерживать прогрессивно развивающийся аналитический процесс, который вызывает внутренние изменения путем усиления самосознания. Фрейд считал, что больной должен также быть способным к выработке невроза переноса, без которого анализ невозможен. Этим исключалось большинство психотических больных из-за трудностей, с которыми они сталкивались при формировании аффективных и реалистических обстоятельств, существенных для невроза переноса.

«Эго» больного в анализе должно быть толерантным к фрустрациям его импульсов без каких-либо серьезных реакций или усиления паттерна патологической активности. Это исключает большинство больных, страдающих зависимостью к препаратам, которые не подходят для анализа, так как их Эго не способно к толерантности фрустраций примитивных импульсов.

Противопоказания при психоаналитическом лечении

Различные противопоказания в психоанализе относительны, но надо рассмотреть каждое, прежде чем начинать курс лечения:

1. Возраст. Взрослые старше 40 лет могут оказаться недостаточно гибкими для большинства личностных изменений, хотя в некоторых случаях у пожилых лиц имеются хорошие результаты. Идеальными кандидатами являются взрослые люди молодого возраста.

Дети не способны выполнять правило свободных ассоциаций, но при модификации техники (например, игровая терапия) они могут с успехом подвергаться анализу.

2. Интеллект. Больные должны обладать достаточным интеллектом для того, чтобы понимать процедуру и участвовать в процессе.

3. Обстоятельства жизни. Если жизненную ситуацию нельзя изменить, анализ может только ухудшить дело. Например, может быть опасно ставить перед больными цели, которые они не в состоянии выполнить из-за внешних ограничений.

4. Ограничение времени. Если больной не располагает достаточным временем для участия или для того, чтобы подождать изменений, следует выбрать другой вид терапии. Это ограничение относится особенно часто к случаям неотложной терапии или к тем, когда больной больше не может терпеть, включая опасные случаи (например, сильные суицидальные импульсы).

5. Природа связи. Следует избегать анализа друзей, родственников или знакомых, так как это может нарушить перенос и объективность аналитика.

И, наконец, некоторые больные лучше работают с тем, а не с другим аналитиком. Иногда этот вывод может быть сделан после первой консультации, но чаще следует прибегать к повторным попыткам. Это время поможет аналитику разобраться в том, хочет ли он продолжать работу с данным больным. Опыт показал, что не имеет значения, является ли аналитик мужчиной или женщиной, хотя сначала некоторые больные предпочитают иметь дело с тем или другой, но постепенно, в процессе анализа приходит истинное понимание, кто из аналитиков предпочтительнее для больного.

Динамика терапевтических результатов

Процесс лечения или улучшения включает высвобождение подавленного материала без опасности для больного и эффективно. Структурный аппарат ума ид, эго и суперэго — изменяется. Это почти ничего не боится из репрессированных импульсов, так как оно в конце концов находится в положении принять или отказаться от них.

Часто при приближении конца анализа больной выявляет некоторые позитивные материалы из памяти относительно родителя, которого он или она все ненавидели. Возможно, что, возбуждая защитные процессы для подавления памяти о некоторых ощущениях детства, эго исходит как от негативной, так и от позитивной памяти. Тогда анализ может спасти от подавления нсфавмирующие события памяти, так же как и травмирующие. Так^й процесс может приводить к усилению функции эго.

Сами импульсы меняются. Будучи свободными от подавления, их инфантильные формы модифицируются. Анализ помогает редуцировать интенсивность конфликтов и помогает найти более приемлемые пути контроля над своими импульсами, которые нельзя редуцировать. Вместо более приемлемого метода направлять в нужном русле немодифицированные инфантильные усилия, качество самого первичного процесса изменяется, и улучшается способность адаптации к реальности. Цель анализа по отношению к этим побуждениям перевести их путем переноса к прогрессирующей нейрализации. Ультимативная цель — ограничить симптомы, таким образом повысив способность больного к работе, удовольствиям и самопониманию.

ПСИХОАНАЛИТИЧЕСКАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ

Определение

Психоаналитическая терапия является психотерапией, основанной на аналитических настроениях, которые изменены концептуально и технически. В отличие от психоанализа, который всегда касается раскрытия и последующей работы через инфантильные конфликты, поскольку они могут возникать в неврозах переноса, психоаналитическая терапия фокусируется на текущих конфликтах и текущих динамических паттернах — это значит, анализа проблемы больного, взаимоотношения с другими и с самим собой. Также в отличие от психоанализа, который располагает в качестве техники методом использования свободных ассоциаций и анализа неврозов переноса, психоаналитическая терапия обычно ограничивается беседами с больным, а метод свободных ассоциаций используется значительно реже. И опять в отличие от психоанализа работа по переносу в психоаналитической терапии

обычно ограничивается обсуждением реакций больного на врача и других. Реакция на врача не интерпретируется до такой значительной степени, как при психоанализе. Тем не менее установка переноса и реакция на врача время от времени могут возникать, и их нужно продуктивно использовать. Например, спонтанные переносы в терапевтической ситуации могут обеспечить важные ключи к поведению больного в экстратерапевтических ситуациях. Эти переносы могут указать врачу на возможный фокус, актуальный для больного в любой данный момент времени, внутри или вне лечебных отношений.

Техника лечения

Одно из отличий психоаналитической терапии от классического анализа состоит в том, что в первой обычно не используется кушетка. Стимуляция кратковременных регрессивных паттернов чувств и мыслей, что очень значимо для психоанализа, менее важна для психоаналитической терапии с ее более важным фокусом на текущих динамических паттернах. В психоаналитической терапии больной и врач обычно полностью видят друг друга, что делает врача более реальным и меньше способствует прожективным фантазиям. Тип терапии значительно более гибкий, и она может быть использована вместе с психотропным лечением более часто, чем в психоанализе.

Психоаналитическая психотерапия может варьировать от единственной поддерживающей беседы, центрирующейся на текущей проблеме, которая давит на больного, до многих лет лечения при одной или двух беседах в неделю различной продолжительности. В отличие от психоанализа, число расстройств, которые поддаются психоаналитической терапии, составляет большую часть области психопатологии.

Типы психоаналитической психотерапии

Психотерапия, ориентированная на критику. Критика является пониманием больного его психологической функции и личности. Важно определить область или уровень понимания или ощущения, в которых больной должен достигнуть критики. Врач подчеркивает, что в терапии, направленной на критику (называемой также экспрессивной терапией и интенсивной психоаналитической психотерапией), важно, чтобы больной приобрел ряд новых критических взглядов по отношению к текущей динамике своих чувств, реакций, поведения, и особенно, к новым отношениям с другими лицами. В меньшей степени ценным является появление некоторой критики относительно реакции больного на врача и реакций детства.

Терапия, ориентированная на критику, является предпочтитель-

ным лечением для больного, который имеет достаточно адекватную силу эго, но который, по той или другой причине, не может или не хочет подвергнуться психоанализу.

Эффективность терапии не зависит полностью от того, развивается или используется критика, терапевтический эффект основывается также на таких факторах, как ослабление патологической симптоматики в ситуации, когда критика не появляется, но напряжение ослабевает, возникновение идентификации с врачом и другие. Терапевтическое отношение, однако, не требует принятия без разбору всего, что говорит и делает больной. Напротив, врач осуществляет долговременную, так же как и непосредственную на данный момент оценку, касающуюся принципов реальности, так же как и принципа удовольствия. Иногда врач должен вмешаться, если эго слишком слабое, для того чтобы безошибочно указать больному, что он, если постарается, может достигнуть лучшей адаптации или поставить реальные ограничения дезадаптивному поведению больного. При этом врач старается направлять ситуацию соответственно этой динамике, но не вызывая противопереноса.

Неизбежно, что отношение врача к больному сильно варьирует в зависимости от важнейших лиц, фигурировавших в детстве больного. Иногда врач обсуждает это. Больные могут прийти к заключению, что они генерализуют установки своих родителей как универсальные и генерируют свои собственные реакции, так что они становятся автоматическими реакциями йа все родительские и другие более старшие лица.

Психотерапия, направленная на критику, часто осложняется спонтанными сильными переносами на врача, что иногда угрожает прервать лечение. Врач может принять решение, работать с переносом ограниченное время, касаясь лишь самого существенного материала, т.е. применять психоанализ и перенос там, где материал связан с настоящей жизнью больного и его нарушениями, и не касается детства больного.

Поддерживающая психотерапия

Поддерживающая психотерапия (называемая также психотерапией связей или поверхностной психотерапией) предлагает поддержку лицу, пользующемуся авторитетом во время болезни, смятения или временной декомпенсации. Она имеет целью восстановить защитные силы и интегрировать нарушенные функции. Она обеспечивает период признания и зависимости для больного, который остро нуждается в помощи, чтобы справиться с чувством вины, стыда и тревоги, а также с фрустрацией или внешним давлением, которое слишком тяжело для него.

Поддерживающая терапия использует также такие средства, как теплота, сильное руководство, удовлетворение потребностей

Таблица 3. Психоанализ и психоаналитическая терапия

Особенности	Психоанализ	Психоаналитическая психотерапия: ориентированная на критику (экспрессивная)	Психоаналитическая психотерапия: поддерживающая (отношения)
Базисная теория	Психоаналитическая психология	Психоаналитическая психология	Психоаналитическая психология
Частота и длительность	4—5 раз в неделю, от 2 до 5 лет. Сеансы обычно длятся около 50 мин. Новая модификация: более короткие сеансы	1—3 раза в неделю, от нескольких сеансов до нескольких лет. Сеансы обычно длятся от 20 до 50 мин	От ежедневных сеансов до одного в несколько месяцев: один сеанс пожизненно. Сеансы могут быть короткими, от нескольких минут до 1 ч
Активность пациента и врача	Свободное внимание у аналитика, свободные ассоциации у пациента. Интерпретация переноса и сопротивления. Аналитик играет нейтральную роль	Свободное внимание у врача, но с большей фокусировкой, чем у аналитика. Меньший акцент на свободных ассоциациях, больший на обсуждении пациента. Аналитик более активен.	Экспрессивная техника, как правило, не применяется, кроме катартических эффектов. Врач активно вмешивается, советует, навязывает обсуждение, выбирает фокус. Врач реально участвует в теме
Акцент на интерпретации	Фокус на сопротивлении и переносе на аналитика	Больший акцент на межличностных явлениях, меньший на переносе на аналитика, чем в анализе, но интерпретация переноса бывает эффективной. Перенос на других лиц, кроме врача, часто эффективно интерпретируется	Интерпретации переносов врачом обычно не делается, если только не надо вмешаться для создания терапевтических отношений
Перенос	Невроз переноса создается на основе терапевтического альянса. На внешних явлениях—минимальная ориентация	С неврозом переноса борются, создается терапевтический альянс. Значительно большая ориентация на реальности	С неврозом переноса борются. Акцент на реальных отношениях и терапевтическом альянсе. Почти полная ориентация на реальности
Регрессия	Формируется в виде невроза переноса	Обычно с ней борются, кроме случаев, когда необходимо достичь материала фантазий и другой продукции подсознания	С регрессией обычно борются

Обстановка	Кушетка. В отношении психотропных средств — имеются противоречия; одни психотерапевты применяют, другие нет. Не видятся с членами семьи, не участвуют в групповой терапии	Кушетка применяется реже. Чаще при терапии — лицом к лицу. Психотропные препараты применяются при необходимости. Можно комбинировать групповую и индивидуальную терапию	Всегда лицом к лицу с врачом. Кушетка противопоказана. Групповые методы, семейная терапия или семейные контакты по плану. Можно включать других врачей и служащих. Часто используются психотропные препараты
Конфиденциальность	Абсолютная. Может быть скомпрометирована третьими лицами	Абсолютная. Может быть скомпрометирована третьими лицами	Абсолютная. Может быть скомпрометирована третьими лицами
Необходимые условия	Относительно зрелая личность, благоприятная жизненная ситуация, мотивация к длительному курсу, способность к стабильному терапевтическому альянсу, психологический интерес	Относительно зрелая личность, способность к терапевтическому альянсу, некоторая способность переносить фрустрацию, адекватная мотивация и определенный психологический интерес	Способность к заключению терапевтического альянса, личность, не слишком неблагоприятная, Организация личности может быть от психотической до зрелой
Показаны **при** заболеваниях	Невроз, расстройства личности, парафилии, сексуальные расстройства	Невроз, расстройства личности (особенно пограничные и нарциссические), парафилии, сексуальные расстройства, латентная шизофрения, циклотимия, психосоматические расстройства	Психоз, нарушения адаптации, импульсивные расстройства, психофизиологические состояния, психосоматические расстройства
Цели	Реорганизация структуры личности с уменьшением патологической защиты, интеграцией или ультимативным отвергание отраженных усилий и мыслей. Понимание, а не облегчение симптоматики является целью, но результатом обычно является и облегчение симптоматики. Коррекция нарушений развития у зрелой в остальном личности	Разрешение выбранных конфликтов и ограниченное удаление патологической защиты. Понимание первичной цели, обычно со вторичным облегчением симптоматики	Развитие относительно незрелой личности через каталитическую связь с врачом противодействует неврозогенным эффектам ранее значимых отношений. Восстановление прежнего равновесия, редукция тревоги и страха перед новыми ситуациями. Помогает переносить непереносимые ситуации

в зависимости, если это удается сделать, не вызвав чувства стыда, поддержка в достижении юридической независимости, помощь в развитии хобби и вызывающих удовольствие, но не деструктивных сублимаций, адекватных отдыху и отвлечению, борьбе с чрезмерным внешним напряжением, и если это необходимо, нужно госпитализировать больного и применять лекарства, ослабляющие патологическую симптоматику, а также руководить и давать больному ответы по текущим проблемам. При этом используются методы, позволяющие больному чувствовать себя в безопасности, ощущать, что их признают, защищают, вдохновляют; это снижает их тревогу и чувство одиночества.

Одна из главных опасностей заключена в возможности выработки слишком сильной регрессии и зависимости. С самого начала врач должен планировать «отнятие от груди». Но некоторым больным определенно требуется поддерживающая терапия, целью которой является поддержка во время пребывания в клинике.

Вербализация невыраженных сильных эмоций может принести сравнительное облегчение. Цель таких вербализаций состоит не только в достижении проникновения в бессознательные динамические паттерны, которые могут усилить текущие проблемы. Напротив, в результате выражения эмоций может возникнуть ослабление внутреннего напряжения и тревоги и привести к лучшему пониманию объективного значения существующей проблемы. Связь между врачом и больным дает врачу возможность вызвать поведение, отличающееся от деструктивного или непродуктивного, которое имело место у родителей больного. Иногда также ощущения нейтрализуют или смещают эффекты неправильных реакций больного. Если у больного были родители, державшиеся внешне авторитарно, врач дружески, гибко и ненавязчиво, но тем не менее крепко, направляет установки больного на то, что он может приспособиться, и подводит больного к идентификации с новым типом родителей. Франц Александер назвал этот процесс коррективным эмоциональным ощущением.

Этот метод лечения применим для многих психогенных заболеваний. Например, его можно использовать, когда больной оказывает большое сопротивление экспрессивной психотерапии или рассматривается как слишком эмоциональный для такой методики.

Поддерживающая терапия может быть выбрана в том случае, когда есть указания на то, что процесс постепенного созревания, основывающийся на выработке новых фокусов для идентификации, окажется самым позитивным на пути к улучшению состояния.

Суммируя сказанное в данном разделе, можно посоветовать читателю ознакомиться с табл. 3 для сравнения и описания различных видов терапии.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

Alexander F., French T.M. Psychoanalytic Therapy. Ronald Press, New York, 1956.
Blum H.P., editor Psychoanalytic explorations of Technique. Discourse on the Theory of Therapy. International Universities Press, New York, 1980.
Brenner C. Psychoanalytic Technique and Psychic Conflict. International Universities Press, New York, 1976.
Fenichel O. The Psychoanalytic Theory of Neurosis. W. W. Norton, New York, 1945.
Freud S. The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud. 24 vols. Hogarth Press, London, 1953—1974.
Hartmann H. Ego Psychology and the Problem of Adaptation. International Universities Press, New York, 1959.
Jones E. The Life and Work of Sigmund Freud, 3 vols. Basic **Books, New Yokr, 1953**— 1957.
Karasu T.B. Psychotherapies: An overview.— Am. J. Psychiatry, 1977, 134, 851—873.
Kohut H. H. The Analysis of the Self. International Universities Press, New York, 1984.
Perry S., Cooper A. M., Michels R. The psychodynamics formulation: Its purpose, structure, and clinical application.— Am. J. Psych., 1987, 144, 543.
Sullivan H.S. Interpersonal Theory of Psychiatry. Norton, New York, 1953.
Wylie H. W. Jr. Wylie W. L. An effect of pharmacotherapy on the psychoanalytic process: Case report of a modified analysis.— Am. J. Psych., 1987, 144, 489.

23.2. КРАТКОВРЕМЕННАЯ ДИНАМИЧЕСКАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ И ВМЕШАТЕЛЬСТВО ПРИ КРИЗИСАХ

ВВЕДЕНИЕ

Кратковременная психотерапия приобрела важнейшее значение по нескольким причинам: долговременное лечение, продолжающееся годами, стало слишком дорогим для многих больных; и этот тип терапии оказался эффективным при различных психических расстройствах.

Большинство основных характеристик кратковременной динамической психотерапии было описано Franz Alexander и Thomas French в 1946 г. Они описали лечебные воздействия, которые приносят больному облегчение, включают манипуляции и перенос, и позволяют объяснить эффект гибким образом. Акцент направлен на развитие коррективных эмоциональных ощущений, способных заключить травматизирующие события прошлого и убедить больного; что возможно мыслить и чувствовать и вести себя по новому.

Приблизительно в это же самое время Eric Lindemann организовал консультативный отдел в Главной клинике Массачусетса для лиц, переживающих кризис. Новые методы лечения направлены на ситуации и применяются к лицам, которые не находятся в состоянии острого кризиса, а переживают постоянные эмоциональные потрясения в результате действия разных причин.

ПРИНЦИПЫ КРАТКОВРЕМЕННОЙ ДИНАМИЧЕСКОЙ ПСИХОТЕРАПИИ

Критерии селекции

Большинство критериев хорошего прогноза — мотивация больного на лечение. Кроме того, больные должны быть в состоянии вникать в психологические концепции, отвечать на интерпретацию и концентрироваться на разрешении конфликта вокруг центрального пункта или фокуса, который лежит в основе их главной проблемы. Больные должны уметь вступать в терапевтический союз и работать с врачом, чтобы достигнуть эмоционального здоровья.

ТИПЫ КРАТКОВРЕМЕННОЙ ДИНАМИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ

Кратковременная психотерапия

Методы кратковременной психотерапии начали развиваться группой Michael Balint в клинике Тавистока в Лондоне в 1950-х годах. Один из членов этой группы, Daniel Malan, сообщил о результатах терапии в трех своих выдающихся книгах. Критерии Malan для отбора на лечение ограничены абсолютными противоречиями; отклоняются больные, для которых определенная опасность неизбежна; необходима точная оценка психопатологии больного; и определяются способности больного рассматривать свои проблемы в эмоциональных терминах и иметь дело с материалами, вызывающими неприятные переживания, отвечать на интерпретации и переносить стресс, связанный с лечением. Malan обнаружил, что высокая мотивация всегда коррелирует с успешным лечением. Противопоказаниями к лечению являются серьезные суицидальные попытки, наркомания, хронический алкоголизм, хронические симптомы навязчивости, лишающие трудоспособности, хронические фобические симптомы, нарушающие трудоспособность и значительные разрушительные действия или действия, направленные на саморазрушение.

Требования к методу **и** метод. Malan подчеркнул преимущества следующего метода: делать перенос рано и интерпретировать его. Интерпретируется также негативный перенос. Необходимо связать перенос с отношением больного к родственникам или родителям. Как больной, так и врач должны хотеть глубоко погрузиться в эти проблемы и переносить вытекающее из них напряжение. В этом случае успешная динамика взаимодействия гарантируется. Описанный фокус формулируется и определяющие данные задаются заранее. Горе и ярость по поводу прекращения преодолеваются.

Около 20 сеансов предлагаются как средняя длительность для терапии этого типа, для опытного врача, и около 30 сеансов—для практиканта. Однако Malan не рекомендует использовать более 40 бесед.

Ограниченная во времени психотерапия

Психотерапевтическая модель, состоящая из 12 бесед, фокусирующихся на специальном центральном Bqnpoce, развивалась в Бостонском университете Mann и его коллегами в начале 1970-х годов. В отличие от методики Malan, в которой акцентируются отчетливая селекция и критерии отвергания, Mann не настолько исключительно строг в отношении отбора больных, подходящих для проведения ограниченной во времени психотерапии. Основными вопросами, которые Mann считает важными, являются: распознавание действительного центрального конфликта у больного, а у молодых лиц — кризиса повзросления со множеством психологических и соматических жалоб.

Mann отметил также ряд исключений, которые сходны с критериями отвергания Malan. Этими исключениями является серьезная депрессия, которая препятствует заключению соглашения, необходимого в лечении, острое психотическое состояние и состояние отчаяния, при котором больному требуются объективное отношение, но он не всегда способен его выдержать.

Требования к методу и метод. Требования **к** методу у Mann следующие: строгое ограничение 12 сеансами: как можно более ранний позитивный перенос; спецификация и строгое соблюдение фокусировки на центральном вопросе, включающем перенос; позитивные идентификации; выделение для больного события (связанного с повзрослением), избегания развития зависимости; разъяснение настоящего и прошлого опыта и сопротивление; активность врача, который поддерживает и вдохновляет больного, и обучение больного прямой информацией, перевоспитанием и манипуляцией. Часто встречающиеся конфликты — и результат борьбы с ними—-независимость вместо зависимости; активность вместо пассивности, неразрешившиеся конфликты или задержанное горе и адекватная установка.

Краткосрочная динамическая психотерапия

Проводимая Habib Davanloo в Университете Мак Гилла кратковременная динамическая психотерапия сочетает все варианты короткой динамической психотерапии и кризисные вмешательства. Больных, которых лечат по методу Davanloo, можно разделить на 3 группы: имеющие преимущества психологические конфликты, в основе которых лежит эдипов комплекс; не имеющие эдипова комплекса и имеющие более одного фокуса.

Кроме того, Davanloo разработал специфическую психотерапевтическую методику для больных, страдающих от тяжелых, длительных невротических нарушений, особенно для тех, которые страдают нарушающими трудоспособность обсессивно-компульсивными и фобическими расстройствами.

Критерии Davanloo подчеркивают оценку тех эго функций, которые имеют первостепенную важность для психотерапевтической работы: установление психотерапевтического фокуса, психодинамическая формулировка психологических проблем больного;

способность быть вовлеченным в эмоциональное взаимодействие с врачом; история взаимоотношений со значимыми лицами в жизни больного; протяженность, до которой эмоциональная жизнь больного близка к осознанному восприятию; способность больного ощущать и переносить тревогу, вину и депрессию; мотивация больного к изменениям; психологическое мышление больного и способность больного отвечать на интерпретацию и связывать врача с людьми из своего настоящего и прошлого.

Как Malan, так и Davanloo делают акцент на способности больного к интерпретации и рассматривают ее как важный критерий отбора и как прогностический критерий.

Требования и методы. На первый план в этом психотерапевтическом подходе выдвигается гибкость (врач должен адаптироваться к своему методу в соответствии с потребностями больного); контроль регрессивных тенденций больного; активное вмешательство, так чтобы не позволить развиться чрезмерной зависимости от врача, а также интеллектуальный инсайт плюс эмоциональные ощущения больных во время переноса. Эти эмоциональные ощущения становятся коррективными в результате интерпретации.

Кратковременная вызывающая тревогу психотерапия

Кратковременная вызывающая тревогу психотерапия, или КВВТТ, впервые была разработана в Главной Массачусетской больнице Peter Sifneos в 1950-е годы. Использовались следующие критерии отбора: описание основной жалобы (здесь подразумевается способность выбрать одну из множества проблем, по отношению к которой у больного приоритетное отношение и которую он или она хотят разрешить во время лечения); одна значимая связь в период раннего детства; способность гибко взаимодействовать с врачом и выражать чувства соответственно: способность к софистикации выше среднего уровня (т.е. не только интеллект должен быть выше среднего, но также и способность, отвечать на интерпретацию); специфическая психодинамическая формулировка (это обычно означает ряд психологических конфликтов, лежащих в основе трудностей больного и центрирующихся на эдиповом комплексе), контракт между врачом и больным для работы в специальном фокусе и формулировка минимальных ожиданий выхода и очень стойкая мотивация к изменению, а не только к[1] облегчению, симптомов.

Требования и методика. Лечение можно разделить на четыре основные фазы: 1) встреча больной—врач, 2) ранняя терапия, 3) наивысшая точка в лечении, 4) наличие изменений и окончание. Во время этих 4 фаз врач пользуется следующими методами.

Встреча больной—врач. Врач устанавливает рабочий союз, используя быстрый контакт (рапорт) и свои собственные позитивные чувства, появляющиеся в этой фазе. Благоразумное использование открытых вопросов и вопросов с вынужденным выбором ответа дает возможность врачу выделить и сконцентрироваться на терапевтическом фокусе. Врач определяет минимальные ожидания, которые можно достигнуть с помощью терапии.

Ранняя терапия. При переносе чувства врача выясняются сразу же, как они только появляются, что ведет к установлению истинного терапевтического союза.

Высшая точка лечения. Эта фаза подчеркивает активную концентрацию эдипальных конфликтов, которые выбраны как терапевтический фокус для данного вида терапии; повторное применение провоцирующих вопросов и положений, избегание прегенитальных характерологических проблем, которые больной использует защитным образом, чтобы избежать метода врача — справляться с провоцирующими тревогу факторами; избегание любой ценой невроза переноса; повторная демонстрация больному его или ее невротических особенностей или дезадаптивных паттернов поведения; концентрация на материале даже до того, как будут выяснены защитные механизмы; повторная демонстрация звеньев родитель— перенос путем использования вовремя сделанных интерпретаций, базирующихся на материале, данном больным; установление коррективного эмоционального ощущения; подбадривание и поддержка больного, который становится тревожным, борясь за понимание своих конфликтов; обучение новым паттернам обучения и решения проблем; повторное предъявление и восстановление психодинамики больного до тех пор, пока защитные механизмы, используемые для того, чтобы справиться с эдиповым комплексом, будут поняты.

Факты об изменении и окончании психотерапии. Эта фаза подчеркивает осязаемую демонстрацию изменений в поведении больного вне терапии, наличие и использование более адаптивных паттернов поведения, а также начало разговора об окончании лечения.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Все методы короткой динамической психотерапии имеют как общие, так и отличающиеся друг от друга черты. Они включают терапевтический союз или динамическое взаимодействие между врачом и больным, применение переноса и активную интерпретацию терапевтического фокуса или центральной проблемы, повторяющиеся звенья между родительской проблемой и переносом, и раннее окончание терапии.

Больше, чем в какой-либо другой форме психотерапии, результаты этого короткого динамического лечения интенсивно исследуются. В отличие от преобладающих идей, что терапевтические факторы в психотерапии являются неспецифическими, контролируемые исследования и другие методы оценки (например, беседы с врачами, находящимися вне влияния этого метода и самооценки больного) указывают на важность используемых специфических методов. Malan суммировал эти результаты в пяти основных выводах: 1) способность к самостоятельному выздоровлению у некоторых больных значительно больше, чем думали раньше; 2) определенный тип больного, получающий кратковременную психотерапию, может сильно выигрывать от практической работы через его внутренний «ядерный» конфликт в переносе; 3) таких больных можно распознать заранее через процесс динамического взаимодействия, так как они способны к реакции, мотивированы и способны столкнуться с неприятными ощущениями в жизни независимо от терапии, и выделенный фокус может быть для них сформулирован; 4) чем более радикальны методы в терминах переноса, глубины интерпретации и связь с дет-

ством, тем более радикальными будут результаты лечения; 5) для некоторых тяжелобольных тщательно избранный определенный фокус может быть терапевтически эффективным.

В отношении этой последней генерализации успешный психотерапевтический метод Davanloo в лечении больных хронической утратой трудоспособности с множественными фобиями отчетливо указывает на возможность психотерапевтических результатов при благоразумном использовании этого метода. Это также указывает на то, что пределы кратковременной динамической психотерапии еще не достигнуты.

КРАТКОВРЕМЕННАЯ МЕЖЛИЧНОСТНАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ

Специфический тип кратковременной психотерапии, называемый межличностной психотерапией (МПТ), описанный Murna Weissman и Gerald Klerman, используется для лечения депрессий. Терапия состоит из 45—50-минутных сеансов, которые проводятся более чем с 3—4-месячными перерывами. Метод называется МПТ, так как делается акцент на межличностном поведении как на причине депрессии и как на методе лечения. Больных обучают оценивать реалистически свои взаимоотношения с другими и осознавать свою изолированность, что вносит вклад или утяжеляет депрессию, на которую они жалуются. Врач дает прямой совет, помогает больному принимать решение и выяснять причины конфликта. Переносу уделяется мало или совсем не уделяется внимание. Врач пытается постоянно оказывать поддержку, симпатию, быть гибким. Исследования МПТ показали, что в отдельных случаях депрессии она имеет преимущества перед терапией антидепрессантами.

ТЕОРИЯ КРИЗИСА

Кризис — это реакция на опасные события, которая переживается как болезненное состояние. Следовательно, он вызывает необходимость сильной реакции, чтобы помочь больному облегчить дискомфорт и вернуть его в состояние эмоционального равновесия, которое было до начала заболевания. Если это имеет место, кризис может быть преодолен, но, кроме того, больной обучается использованию адаптивных реакций. Более того, возможно, что, разрешая кризис, больной может оказаться в лучшем состоянии в отношении психики, чем до него. Если, с другой стороны, больной пользуется дезадаптивными реакциями, болезненное состояние может усиливаться, кризис усугубляться, и появятся регрессивные расстройства, вызывающие психические нарушения. Эти симптомы в свою очередь могут кристаллизоваться в невротический паттерн поведения, который ограничивает способность больного к нормальному существованию. Иногда, однако, ситуа-

ция не может стабилизироваться; появляются новые дезадаптивные реакции, впоследствии нарушения могут принять катастрофический характер, приводя иногда к смерти или суициду.

Именно в этом смысле психологические кризисы, хотя и болезненны, могут рассматриваться как поворотный пункт к лучшему или к худшему.

Кризис самоограничивается и может продолжаться сколько угодно, от нескольких часов до приблизительно 6 нед. Кризис как таковой характеризуется начальной фазой, в которой возникает тревога и напряжение. За этой фазой следует фаза, в которую механизмы решения задач приводятся в движение. Эти механизмы могут быть усреднены в зависимости от того, являются ли они адаптивными или дезадаптивными.

Консервация энергии может быть другой особенностью лица в состоянии кризиса. Все имеющиеся в его распоряжении ресурсы используются для одной-единственной цели, а именно разрешения кризиса и ослабления вызвавшей его боли. Такое успешное разрешение имеет важное применение для психического здоровья. Лицо, которое может успешно использовать ресурсы, само или при поддержке другого лица, не только обучается, как справиться с кризисом, знакомясь со способами, которые могут его преодолеть, но также открывает пути предвидения его в будущем, так что удается избежать его возобновления. В этом смысле разрешение кризиса становится профилактическим мероприятием.

Больные во время смятения восприимчивы к самой минимальной помощи и достигают значительных результатов. Все виды терапии, таким образом, годятся для этих целей. Некоторые остаются открытыми для дальнейшего лечения, другие ограничены временем, имеющимся в распоряжении, или числом сеансов. Теория кризиса помогает понять нормальных здоровых людей, так же как и развивать терапевтические методы для профилактики будущих психологических трудностей.

Вмешательство во время кризисов

Вмешательство во время кризисов предлагается людям, которые в результате кризиса теряют трудоспособность или выявляют значительные нарушения.

Критерии отбора. Критерии, используемые для отбора больных, следующие: история специфических опасных ситуаций, происшедших недавно, которые вызвали тревогу; события, которые интенсифицировали эту тревогу; отчетливые факты, что больной находится в состоянии психологического кризиса, определение которому было дано выше; высокая мотивация к преодолению кризиса; потенциал, указывающий на способность к психологической адаптации, равной или превышающий ту, которая существовала до развития кризиса, и определенная степень психологической умудренности и способность понять психологические причины настоящего затруднительного положения.

Методики включают уверения, внушение, манипуляции внешними факторами и психотропное лечение и могут даже сочетаться с кратковременной госпитализа-

цией как частью лечебного плана. Все эти терапевтические маневры предназначены для снижения тревоги у больного. Длительность вмешательства во время кризиса варьирует от одной или двух серий до нескольких бесед в течение 1 или 2 мес. Технические требования для вмешательств во время кризиса включают более быстрое установление контакта с больным, необходимое для создания терапевтического союза; рассмотрение событий, которые привели к кризису; понимание дез-адаптивных реакций, которые больной использует для того, чтобы справиться с кризисом; фокусирование только на кризисе; обучение пользоваться различными и более адаптивными способами, чтобы преодолеть кризис; избегание возникновения патологических симптомов; использование преимущественно ощущений позитивного переноса для врача, так, чтобы перевести работу в обучающую процедуру; обучение больного, как избегать опасных ситуаций, которые могут в дальнейшем вызвать кризис и окончание вмешательства как можно скорее, как только будет ясно, что кризис разрешился и что больной отчетливо понимает все шаги, которые привели к его развитию и его разрешению.

Результат. Наиболее удивительный результат терапии кризиса состоит в том, что больной оказывается лучше вооруженным для избегания кризиса в дальнейшем. Кроме того, на основе объективных наблюдений некоторых больных, это терапевтическое воздействие позволяет им достигать уровня эмоционального функционирования, который выше имевшегося ранее до начала кризиса. В этом смысле можно рассматривать вмешательство при кризисах не только как терапевтическое, но и как профилактическое мероприятие.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

Bellack L., Siege! H. Handbook of intensive, Brief and Emergency psychiatry. CRS, Larchmont, NY, 1983.

Binder J., Strupp H., Schacht. Counter-transference in time-limited dynamic psychotherapy.—Contemp. Psychoanal., 1983, 19:605.

Davanloo #., ed. Short-term Dynamic Psychotherapy. Jason Aronson, New York, 1980.

Horowitz M. Personality Styles and Brief Psychotherapy. Basic Books, New York, 1984.

Hitschowitz R. Crisis theory: A formulation.— Psychiatr. Ann., 1973, 3:33.

Malan D.H. The Frontier of Brief Psychotherapy. Plenum, New York, 1976.

Marmor J. Short-term dynamic psychotherapy.— Am. J. Psychiatry, 1979, 2—149.

Rogawski A.S. Current status of brief psychotherapy.— Bull MenningerPClin., 1982, 46:331.

Schram P. C, Burti L. Crisis intervention technique designed to prevent hospitalization. — Bull. Menninger Clin., 1986, 50:194.

Sifneos P. E. Short-term Dynamic Psychotherapy Evaluation and Technique. Plenum, New York, 1979.

23.3. ГРУППОВАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ, КОМБИНИРОВАННАЯ ИНДИВИДУАЛЬНАЯ И ГРУППОВАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ И ПСИХОДРАМА

ГРУППОВАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ

Определение

Групповая психотерапия — это лечение, для которого тщательно отобранные больные с эмоциональными нарушениями выделяются в группу, руководимую опытным врачом, для того, что-

Таблица 4. Сравнение различных типов групповой психотерапии

Параметры	Поддерживающая групповая терапия	Аналитически ориентированная групповая терапия	Психоанализ групп	Деловая групповая терапия	Поведенческая групповая терапия
Частота	1 раз в неделю	1—3 раза в неделю	1—5 раз в неделю	1—3 раза в неделю	1—3 раза в неделю
Длительность	До 6 мес	1—3 года	1—3 года	1—3 года	До 6 мес
Первичные показания	Психотические и невротические расстройства	Невротические расстройства, пограничные состояния, расстройства личности	Невротические расстройства, личностные расстройства	Невро- и психотические расстройства	Фобии, пассивность, сексуальные проблемы
Беседа для индивидуального скрининга	Обычно	Всегда	Всегда	Обычно	Обычно
Содержание беседы	Первично — факторы окружающей обстановки	Жизненная ситуация в настоящем и прошлом, внутригрупповые и внегрупповые отношения	Первично—прошлый опыт, внегрупповые отношения	Первично — взаимоотношения в группе, редко—события в прошлом с расстановкой акцентов	Специфические симптомы с фокусированием на их причине
Перенос	Одобряется позитивный перенос для обеспечения лучшего функционирования	Вызывается позитивный и негативный перенос и он анализируется	Вызывает невроз переноса и анализируется	Создаются позитивные отношения, негативные чувства анализируются	Создаются позитивные отношения, исследование переноса не проводится
Сны	Не анализируются	Анализируются часто	Анализируются и одобряются всегда	Анализируются редко	Не применяются
Зависимость	Одобряется внутригрупповая зависимость, члены в значительной степени зависят от лидера	Одобряется внутри-групповая зависимость, зависимость от лидера варьирует	Не одобряется внутригрупповая зависимость, зависимость от лидера варьирует	Одобряется внутри-групповая зависимость, зависимость от лидера не одобряется	Не одобряется внутригрупповая зависимость; сильная опора на лидера

Продолжение

Параметры	Поддерживающая групповая терапия	Аналитически ориентированная групповая терапия	Психоанализ групп	Деловая групповая терапия	Поведенческая групповая терапия
ктивность врача	Усиление существующей защиты, активность, дает советы	Защита, заставляющая сомневаться, активность, дает советы или личностные реакции	Защита, заставляющая сомневаться, пассивность, не дает советы, без личностных реакций	Защита, заставляющая сомневаться, активность, дает личностные реакции, а не советы	Создание новых защит, активность и директивность
нтерпретация	Интерпретация бессознательных конфликтов отсутствует	Интерпретация бессознательных конфликтов	Обширная интерпретация бессознательных конфликтов	Интерпретация текущих поведенческих паттернов	Не используется
сновные групповые процессы	Универсализация, тестирование реальности	Связь, перенос, тестирование реальности	Перенос, обсуждение, катарсис, тестирование реальности	Отреагирование, тестирование реальности	Связь, подкрепление, обусловливание
оциализация вне группы	Одобряется	В основном не одобряется	Не одобряется	По-разному	Не одобряется
Цели	Лучшая адаптация к окружающей действительности	Умеренная реконструкция личностной динамики	Обширная реконструкция личностной динамики	Разрушение поведения через механизм сознательного контроля	Ослабление специфической психиатрической симптоматики

бы члены группы помогали друг другу воздействовать на личностные изменения. Используя ряд методических приемов и теоретических построений, руководитель направляет взаимодействие между членами группы на то, чтобы вызвать нужные изменения.

Классификация

В настоящее время имеется много подходов к групповому методу лечения. Многие клиницисты работают в рамках психоаналитических отношений. Другие методы терапии включают деловую групповую терапию, описанную Eric Berne и подчеркивающую взаимодействие «здесь и сейчас» («here and now») между членами группы; группы поведенческой терапии, которые опираются на технику обусловливания, основанную на теории обучения; гештальт—терапия, которая была создана на основе теории Frederick Peres и дает возможность больным взаимодействовать со своими чувствами и выразить себя открыто и честно, и центрированная на личности групповая психотерапия, которая была разработана Carl Rogers, и основана на выражении своих чувств, не подвергающихся критике, другим членам группы. Основные подходы к групповой терапии представлены в табл. 4.

Отбор больных

Чтобы определить, подлежит ли больной групповой психотерапии, врачу требуется много информации, которая собирается в ходе специальной беседы. Врач должен тщательно собрать психиатрическую историю болезни и исследовать психический статус, чтобы получить знание **о** динамических, поведенческих и диагностических факторах.

Тревога, связанная с начальством. Больные, у которых основная проблема состоит в отношениях с начальством, в присутствии которого они чувствуют сильную тревогу, могут дать, но могут и не дать хорошие результаты на групповую психотерапию. Однако часто у них наступает улучшение при лечении в группе, чем один на один с врачом, так как они чувствуют себя в группе более спокойно. Больные со значительной тревогой перед начальством могут быть заторможены, тревожны, сопротивляются и противятся просьбе вербализовать мысли и чувства при индивидуальных затяжных беседах, обычно из-за страха перед оценкой или неодобрением врача. Таким образом, они могут радоваться предложению заняться групповой психотерапией, чтобы избежать тщательного исследования, которое имеет место при беседе один на один с врачом. И, напротив, если больной реагирует негативно на предложение заняться групповой психотерапией, или открыто выступает против этой идеи, надо считать, что он сильно тревожится высказываться при товарищах.

Тревога перед товарищами. Такие больные как шизоидные личности, у которых нарушены связи со своими сверстниками, или которые держатся крайне изолированно от сверстников, обычно реагируют негативно, или у них повышается уровень тревоги, когда их определяют в группу.

Если такие больные могут превозмочь свою тревогу, групповая терапия обычно дает очень хороший эффект.

Диагноз. Диагноз очень важен для определения наилучшего способа лечения и оценки мотивации к лечению, способности к развитию изменений и определения силы или слабости личности.

Противопоказаний к групповой психотерапии мало. Больные **с** антисоциаль-

ными тенденциями обычно плохо поддаются групповой терапии, так как они не могут, придерживаться принятых в группе стандартов. Депрессивные больные справляются лучше с групповой психотерапией, после того как установят дружественные доверительные отношения с врачом. Маниакальные больные, находясь под фармакологическим контролем, обычно хорошо идут на групповой терапии. Больные с бредом, которые могут включать группу в бредовую систему, не подлежат групповой терапии, так же как и больные, которые могут представлять физическую опасность для других членов группы из-за неконтролируемых вспышек агрессии.

Подготовка

Больные, которые были подготовлены врачом для групповой терапии, продолжают ее дольше и степень начальной тревоги у них меньше, чем у тех, которых не готовили. Подготовка состоит в том, что врач объясняет больному перед началом первого курса всевозможные детали и подробности и отвечает на вопросы больного.

Структурная организация группы

Величина группы. Групповая терапия бывает успешной, когда она проводится в группе, состоящей менее, чем из 3 и не более, чем из 15 членов группы, но большинство врачей считает, что оптимальное число —8—10 больных. При очень малом числе может не произойти взаимодействия, за исключением тех случаев, когда все они очень разговорчивы. Но при очень большой группе взаимодействие может быть слишком велико, так что врачу трудно управлять ими.

Частота сеансов. Большинство групповых психотерапевтов проводит групповые сеансы один раз в неделю. Важно поддерживать непрерывность сеансов. Когда используются чередующиеся сеансы, группа встречается два раза в неделю, один раз с врачом, а в другой раз без него.

Продолжительность сеансов. В целом групповой сеанс продолжается 1—2 ч, при средней продолжительности 1,5 ч. Однако продолжительность должна быть постоянной. Терапия, проводящаяся длительное время (группа марафонной терапии), есть метод, при котором группа занимается непрерывно от 12 до 72 ,ч. Навязывается близкое взаимодействие и во время сеансов большей продолжительности имеет место депривация сна, поломка некоторых систем эго-защиты, облегчение аффективных процессов и нормализация связей с окружающими. Однако труппы продленной терапии могут быть опасными для больных со слабыми эго-структурами, таких, как больные шизофренией или с пограничными состояниями. Группы марафона были наиболее популярными в 1970-х годах, но сегодня уже не так широко распространены.

Гомогенность или гетерогенность групп. Большинство врачей считает, что группа должна быть по возможности более гетерогенной, чтобы обеспечить максимум взаимодействия. Таким образом, группа должна состоять из членов с различными диагнозами и разнообразными паттернами поведения, принадлежащих ко всем расам, социальным слоям и с разным уровнем образования, а также разного возраста и пола.

В целом больные в возрасте от 20 до 65 лет могут успешно заниматься в одной группе. Возрастные различия помогают в развитии моделей родитель—ребенок и брат—сестра. Более того, у больных имеется возможность облегчить и сгладить межличностные трудности, которые казались ранее непреодолимыми.

Как дети, так и подростки лучше всего поддаются лечению в группах, состоящих в основном из больных своей собственной возрастной группы. Некоторые больные подросткового возраста вполне способны усвоить материал взрослой группы, независимо от содержания, но их не следует лишать положительного опыта общения со сверстниками.

Механизмы групповой психотерапии

Групповая формация. Каждый больной по-своему привыкает к группе, и в этом смысле группа является микрокосмом. Больные используют типичные адаптивные способности, защитные механизмы и способы общения, которые тут же отражаются группой, что позволяет больным вести самонаблюдение в отношении их собственных действий. Но процесс, свойственный групповой формации, требует, чтобы больные временно отменяли прежние способы общения. Поступая в группу, они позволяют своим исполняющим эго-функциям—тестирование реальности, адаптация и контроль над окружающей обстановкой и восприятие — быть до некоторой степени принятыми коллективным мнением, обеспечивающимся всеми членами, включая лидера.

Терапевтические факторы. Следующие групповые процессы лежат в основе терапевтического эффекта.

Тестирование реальности. Группа выступает как суд для каждого члена относительно вербализации его мыслей и чувств по отношению с другими, которые исследуются лидером и всей группой.

Перенос. Чувства, возникающие среди членов группы и между членами группы и врачом, могут переноситься, если они иррациональны и не созвучны с реальностью.

Стимуляция переноса. По мере того как больные наблюдают друг у друга взаимодействие, могут возникать чувства, которые ранее были подавлены ими. В целом, негативные чувства скорее выражаются в группе, чем при индивидуальном лечении. Больной из группы видит неосуждающую реакцию врача на ярость другого больного, это его воодушевляет и он осмеливается высказать и свои сходные чувства.

Множественны епереносы. Целый ряд членов группы, каждый со своими генетическими, динамическими и поведенческими паттернами, могут оказаться для людей значительными в связи с определенной жизненной ситуацией в прошлом или настоящем. Члены группы могут брать на себя роль жены, матери, отца, сиблинга или начальника. Больной может тогда перерабатывать действительные или воображаемые конфликты с имитирующими фигурами для успешного разрешения. Методика выполнения ролей широко использует эту концепцию.

Коллективный перенос. Патологическое перевоплощение членов группы в единую фигуру переноса, обычно в мать или отца, является феноменом, уникальным для групповой терапии. Или же член группы может видеть врача как одну фигуру, а группу в целом — как другую.

Коллективный перенос может быть либо позитивным, либо негативным по ощущению. Врач должен вдохновлять больного отвечать членам группы как индивидуумам и дифференцировать их для того, чтобы прорабатывать данное нарушение больного или больной.

Невроз переноса. Когда при переносе привязанность больного к врачу или, в групповой терапии, к другому больному становится чрезвычайно сильной, говорят, что имеет место невроз переноса. Сильный негативный перенос больным по отношению к врачу может требовать индивидуального сеанса психотерапии, чтобы это нарушение разрешилось. Врач не должен разрешать одному или нескольким больным нападать на него или на нее в группе, а должен настаивать на том, чтобы негативный перенос обсуждался в индивидуальных сеансах.

Идентификация. В индивидуальной терапии многие больные пытаются обучиться новому способу адаптации, овладевая качествами врача. В группе в распоряжении имеется целый ряд других моделей, и больные идентифицируют с некоторыми из этих качеств других членов — процесс, который может осуществляться

осознанно путем простой имитации или подсознательно. Влияет ли идентификиция конструктивно на рост личности, зависит от того, кого больной выбирает как модель.

Универсализация. Находясь в группе, больные понимают, что они не одиноки в том, что страдают эмоциональными проблемами и что другие имеют и борются с теми же проблемами. Все согласны с тем, что процесс универсализации является одним из наиболее важных в групповой психотерапии. Простой обмен опытом, независимо от того, будет ли он расценен как патологический, является важной потребностью человека.

Сцепление. Все группы, не только психотерапевтические, испытывают некоторую степень сцепления. Члены чувствуют как «мы», развивается чувство сопричастности друг другу. Они ценят группу, что развивает лояльность и дружественность среди них. Они хотят работать вместе и брать на себя ответственность друг за друга в достижении своих общих целей. Они хотят также вынести определенную степень фрустрации для того, чтобы поддержать интегрированность группы. Сопряженная психотерапевтическая группа является таковой, в которой члены принимают и поддерживают друг друга и дорожат своими связями. Действительно, «сцепление» является единственным самым мощным фактором в групповой терапии. Чем более «сцеплена» группа, тем вероятнее положительный результат, так как больной при этом становится более восприимчивым к механизмам, которые предлагает групповая терапия.

Групповое давление. Все члены группы подвержены групповому давлению, которое изменяет их поведение, мышление или чувства; насколько они подвержены, зависит от того, насколько они привязаны к другим членам группы и как высоко ценят свои взаимоотношения с группой.

В значительной степени эффективность поведенческого подхода к групповой психотерапии основывается на наблюдении, что больной мотивируется подкреплением со стороны других членов и одобрением врача, позволяющего перейти к следующему паттерну поведения.

Интеллектуализация. Интеллектуализация означает когнитивное осознание самого себя, других и различных жизненных ситуаций — как хороших, так и плохих — которые лежат в основе деятельности больного в настоящее время. Подкрепление, в котором каждый член сталкивается с другими при своих мгновенных реакциях на события, служит как способ обучения. Все члены таким образом помогают оценить свои собственные защитные механизмы и другие способы справляться с ситуацией. Конфронтирующие группы полагаются исключительно на механизмы полкрепления.

Интерпретация, производное от интеллектуализации, также дает больным когнитивные рамки, внутри которых они могут лучше понять самих себя, исходит ли эта интерпретация от врача или от других членов группы.

Интеллектуализация не обязательно ведет к изменению; экспериментальные факторы должны складываться, если хотят получить эффективное обучение. Концепция коррективного эмоционального опыта, впервые сформулированная Franz Alexander, объединяет оба этих фактора, интеллектуальный и экспериментальный, в функциональные теоретические рамки.

Облегчение и катарсис. В каждой группе развиваются свои собственные смешанные процессы облегчения и катарсиса, причем смесь зависит от композиции группы, стиля руководства и теоретических рамок. Некоторые групповые терапевты придерживаются стиля руководства, который воодушевляет эмоциональное облегчение почти всегда; другие, в равной степени обнаруживая свои ригидные позиции, активно подавляют выражение сильного эффекта. Важно, чтобы руководитель проявил гибкость, идя навстречу потребностям определенной группы, и был, таким образом, в состоянии определить, кто из членов группы выигрывает, если сделать акцент на том или другом процессе. Однако в каждой группе надо оперировать обоими процессами.

Отреагирование. Отреагирование приносит осознание, часто в первый раз, степени эмоций, ранее блокированных от сознания. Часто оно представляет собой высокотерапевтическое ощущение, даже если оно продуцирует неизбежное чувство горя для всех членов группы по мере того, как этот процесс открывается.

Методы, направленные на облегчение сильных эмоций, должны быть использованы в нужное время, только когда больной хорошо интегрирован с группой, которая может оказать ему любую поддержку, которая потребуется, чтобы больной смог пройти через чувство отреагирования. Когда время для этого точно не установлено, может возникнуть серьезный риск, который может выразиться в психологической декомпенсации.

Роль врача

Хотя мнение относительно того, насколько активным или пассивным должен быть врач, неоднозначно, обычно считается, что главная роль врача—облегчающая. В идеале члены группы сами по себе являются первичными источниками лечения и изменения.

Климат, привносимый лично врачом, является потенциальным фактором изменения. Врач — более чем эксперт применяющий метод, но он оказывает личное влияние, которое давит на такие переменные, как сочувствие, теплота и уважение.

Групповая терапия в больнице

Групповая терапия важна также для госпитализированных больных и является частью проводимого лечения. Группы могут быть организованы различными путями: целое отделение может общаться со всем коллективом сотрудников (например, психиатрами, психологами, сестрами); это называется встреча сообществ; группа может состоять из 15—20 больных и членов персонала, что называется «общением команд»: может также иметь место регулярная или малая группа, состоящая из 8—10 больных, общающаяся с одним или двумя врачами, представляющая собой традиционную терапевтическую группу. Хотя цели каждого типа группы различны, у них есть и общая цель: 1) повысить осознание больными самих себя через свои реакции взаимодействия с другими членами группы, которые обеспечивают подкрепление относительно их поведения; 2) дать возможность больным улучшить межличностные и социальные отношения; 3) помочь членам адаптироваться к условиям пребывания вне больницы; 4) улучшить связь между больными и персоналом. Кроме того, имеется тип групповой встречи, где встречается только персонал больницы. Чтобы обеспечить лучшее взаимопонимание среди персонала, что поможет обеспечить взаимную поддержку при уходе за больными, воодушевить их на повседневную заботу о них. Общая встреча и встреча членов группы, составляющих команду, более полезны для пациентов с проблемами в области умения владеть собой, чем проведение терапии, нацеленной на правильную самооценку и критику, что более относится к встречам, осуществляемым при терапии малых групп.

Больничные группы в сравнении с внебольничными. Хотя терапевтические факторы, которые обусловливают изменения в состоянии больных в малых внутрибольничных группах, сходны с таковыми при внебольничной терапии, между ними имеются количественные различия. Например, относительно высокий оборот больных препятствует процессу их сближения. Но тот факт, что все члены группы находятся вместе, помогает этому процессу сближения в госпитале, так же как усилия врача скрепить его; в этом заключается сходство. Общая информация для всех членов группы, универсализация и катарсис являются основными терапевтическими факторами при работе во внутрибольничных группах. Хотя критика более часто возникает во внебольничных группах из-за того, что они рассчитаны на более длительный срок, возможно в границах одного сеанса в группе у некоторых больных добиться нового понимания своих психологических особенностей. Уникальным качеством внутрибольничной группы является контакт, который больные имеют вне регулярно запланированных групповых встреч, являющийся обширным, поскольку они все живут в одной палате. Если они вербализируют свои мысли и чувства относительно таких контактов во время терапевтического сеанса, это способствует интерперсональному обучению. Кроме того, надо предвидеть и предупреждение конфликта между больными или между больными и персоналом.

Состав групп. Двумя ключевыми факторами внутрибольничной группы являются гетерогенность ее членов и быстрое изменение в состоянии больных, что характерно для всех групп кратковременной терапии. Вне больницы, однако, врач имеет возможность отобрать больных из большего числа претендентов на лечение. В палате у врача выбор ограничен числом больных, а в дальнейшем и желанием их участвовать в групповой терапии. В некоторых случаях участие в групповой терапии является обязательным (например, при алкоголизме и наркомании). Но это, как правило, не относится к психиатрическим больницам общего типа, и действительно эффект обычно лучше, если больные добровольно выбирают этот метод лечения. Предпочтительно проводить большое количество сеансов. Во время пребывания больного в клинике группы встречаются ежедневно, что позволяет непрерывно взаимодействовать и переносить темы с одного сеанса на другой. Новый член группы легко привыкает к ней либо с помощью врача, либо одного из членов группы. Обычно новому члену группы приходится заранее осваивать то, что уже пройдено в группе. Чем реже проводятся занятия, тем больше приходится врачу заниматься структурированием группы и быть активным. В любом случае это необходимо врачу, который ведет кратковременную группу внутри- или внебольничную.

Группа самопомощи

Группы самопомощи состоят из лиц, которые хотят справиться со специфической проблемой жизненного кризиса. Обычно занятые определенной проблемой, такие группы не пытаются исследовать индивидуальную психодинамику слишком глубоко или же значительно изменить деятельность личности. Но группы самопомощи улучшают эмоциональное здоровье и благополучие многих людей.

Отличительной характеристикой группы самопомощи является ее гомогенность. Члены ее страдают одним и тем же недугом и разделяют все ощущения—и хорошие, и плохие, успешные и неуспешные— друг с другом. Поступая таким образом, они образовывают друг друга, обеспечивают взаимную поддержку и облегчают чувство изоляции, типичное для членов группы этого типа.

Группы самопомощи подчеркивают связь, которая исключительно сильна в этих группах. Из-за сходства у членов группы

проблем и нарушений у них наблюдается высокая ответственность друг перед другом и развиваются характерные для данной группы собственные характеристики, которые, возможно, и обусловливают магическое исцеление. Примерами групп самопомощи являются Анонимные Алкоголики (АА), Анонимные Игроки (АИ) и Анонимные Обжоры(АО). Движение групп самопомощи происходит по восходящей линии. Группы идут навстречу нуждам своих членов, обеспечивая им признание, взаимную поддержку и помощь в преодолении паттернов дезадаптации поведения или состояний, с которыми традиционные методы службы общественного здоровья и профессионалы медицинской науки не могут справиться. Группы самопомощи и терапевтические группы начали соединяться: группы самопомощи позволяют своим членам избавиться от паттерна нежелаемого поведения; терапевтические группы также помогают своим членам понять, почему и как они оказались такими, какими были или еще остаются.

КОМБИНИРОВАННАЯ ИНДИВИДУАЛЬНАЯ И ГРУППОВАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ

При комбинированной индивидуальной и групповой психотерапии больных индивидуально осматривает врач, а затем они принимают участие в групповых сеансах. Врач, участвующий в групповых и в индивидуальных сеансах, как правило, один и тот же.

Группы могут варьировать в размере от 3 до 15 членов, но наиболее подходящими считают группы, состоящие из 8—10 членов. Важно, чтобы больные посещали все групповые сеансы. Посещение индивидуальных сеансов также важно, и пропуск либо группового, либо индивидуального сеанса должен исследоваться как часть терапевтического процесса.

Комбинированная терапия является определенной модальностью лечения. Это не система, с помощью которой индивидуальная терапия усиливается случайными групповыми сеансами; она также не означает, что участник групповой терапии встречается один на один с врачом время от времени. Напротив, это разработанный план, согласно которому групповые переживания значимо взаимодействуют с индивидуальными сеансами, и в которых имеет место реципрокное подкрепление, помогающее организовывать интегрированное терапевтическое ощущение. Даже отношения один на один с врачом, связь доктор — больной, позволяющие глубоко исследовать перенос реакции для некоторых больных, не могут обеспечить коррективных эмоциональных переживаний для терапевтических изменений состояния у других больных. Группа предоставляет возможность общаться с несколькими личностями, по отношению к которым они могут развивать реак-

ции переноса. В микрокосме группы больной может снова оживить в памяти и отреагировать семейные и другие важные влияния.

Методики

В комбинированной терапии используются различные методы, базирующиеся на разных теоретических основах. Некоторые врачи более часто проводят индивидуальные сеансы, чтобы усилить неврозы переноса. В поведенческой модели, индивидуальные сеансы регулярно планируются, но проводятся менее часто. В зависимости от ориентации врача, во время индивидуальной сессии больной может пользоваться кушеткой или стулом. В групповой терапии может использоваться методика чередующихся встреч. Гарольд Каплан и Бенджамин Сэдок развивают подход к проведению комбинированной терапии, называемой групповой терапией структурного взаимодействия, в которой каждый раз в еженедельном групповом сеансе фокусом является разный член группы.

Результаты

Большинство работающих в этой области полагают, что комбинированная терапия имеет преимущества и индивидуального общения, и группового, причем одно не приносится в жертву другому. В целом, число случаев, когда больной прекращает лечение в комбинированной терапии, меньше числа этих случаев только в групповой терапии. Во многих случаях комбинированная терапия лучше выносит на поверхность проблемы и решает их более быстро, чем это возможно с помощью любого из методов в отдельности.

ПСИХОДРАМА

Психодрама — это метод групповой терапии, разработанный Jacob Moreno, в котором личностный склад характера, межличностные связи, конфликты и эмоциональные проблемы исследуются с помощью специальных драматических методов. Терапевтическая драматизация эмоциональных проблем включает: 1) протагониста или больного — лицо, которое должно отреагировать на проблему с помощью, 2) дополнительных эго—лиц, которые принимают на себя различные аспекты больного, и 3) директора — психодраматиста, или врача, лицо, которое направляет всех участников драмы на достижение выработки критики.

Роли

Директор. Директор является лидером или врачом и, таким образом, должен принимать активное участие. Он должен воодушевлять членов группы быть спонтанными, т. е. выполнять роль

катализатора. Директор должен всегда быть готовым отреагировать на потребности членов группы и не навязывать им свои ценности. Из всех видов групповой психотерапии психодрама требует от врача наиболее активного участия и способности помочь.

Протагонист. Протагонист — это больной в конфликте. Больной выбирает ситуацию, отражающуюся в драматической сцене, или врач может выбрать ее, если больной этого хочет.

Дополнительные эго. Дополнительные эго — это другие члены группы, которые представляют что-либо или кого-либо в переживаниях протагониста. Дополнительные эго значительно повышают терапевтический эффект, достигаемый в психодраме.

Группа. Члены психодрамы и аудитория составляют группу. Некоторые являются участниками, другие — наблюдателями, но все дают преимущества до той степени, в которой они могут идентифицироваться с происходящими событиями. Концепция спонтанности в психодраме относится к способности каждого члена группы, особенно протагониста, переживать мысли и чувства момента и сообщать о своих эмоциях настолько искренне, как это только возможно.

Методики

Психодрама может фокусироваться на любой определенной области деятельности (например, сон, семья, или сложившаяся ситуация), символической роли, бессознательной установке или воображаемой в будущем ситуации. Такие симптомы, как бред или галлюцинации, также могут быть отреагированы. Методики, с помощью которых достигается терапевтический прогресс, продуктивность и творчество, включают монолог (изложение внешних и глубоко запрятанных мыслей и чувств), перемену ролей (изменение роли больного на роль значимого лица), двойника (дополнительное эго, действующее как больной), множественные двойники (несколько эго, действующие, как поступал в некоторых случаях больной) и технику зеркал (эго, имитирующее больного и говорящее для него или для нее). Другие модифицированные методики включают использование гипноза или психоактивных веществ, чтобы воздействовать на поведение несколькими способами.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

American Psychiatric Association: Task Force Report on Encounter Groups and Psychiatry. American Psychiatric Association, Washington, DC; 1970.

Block S., Grouch E. Therapeutic Factors in Group Psychotherapy. Oxford University Press, New York, 1985.

Cartight D., Zander A., editors Group Dynamics and Research Theory. Harper and Row, New York, 1960.

Freud S. Group Psychology and Analysis of the Ego. Hogarth Press, London, 1962.

Grothojn M., Freedman C. T. H., editors Hardbook of Group Therapy. Van Nostrand— Reinhold, New York, 1983. *Kaplan H. I., Sadock B. J.,* editors Comprehensive Group Psychotherapy, ed. 2. Williams and Williams, Baltimore, 1983. *Lieberman M.A.* Effects of large group awareness training on participants' psychiatric status.—Am. J. Psych., 1987, 144, 460.
Moreno J.L. Psychodrama. Beacon House, Beacon, NY, 1947. *Olsen P. A., Barth P. A.* New uses of psychodrama.— J. Operational Psychiatry, 1983, 14, 95. *Roback H. B., Smith M.* Patient attention in dynamically oriented treatment groups.— Am. J. Psych., 1987, 144, 426.
Wolf A., Schwartz M. Psychoanalysis in Groups. Grune and Stratton, New York, 1962.
Yalom I. The Theory and Practice of Group Psychotherapy, ed. 2. Basic Books, New York, 1975.

23.4. СЕМЕЙНАЯ ТЕРАПИЯ И БРАЧНАЯ ТЕРАПИЯ

СЕМЕЙНАЯ ТЕРАПИЯ

Общие понятия

Несмотря на различия в определенных моделях, уникальным свойством семейной терапии является ее семейная ориентация. Все члены семьи взаимосвязаны, так что одна часть семьи не может быть изолирована от другой. Структура и организация семьи должны поэтому рассматриваться как единое целое, важное для объяснения поведения отдельных членов семьи. Семейная терапия сегодняшнего дня ведет начало от первой работы Nathan Ackerman.

Первая консультация

Семьи, где очень много конфликтов, могут особенно нуждаться в семейной терапии. Когда появляется первая жалоба на кого-либо из членов семьи, иногда бывает необходимо провести доврачебную работу. Обычно в основе сопротивления семейной терапии лежат следующие виды страха: 1) страх родителей за то, что их обвинят в проблемах, имеющихся у ребенка; 2) страх, что вся семья будет признана больной; 3) страх, что супруг будет возражать; 4) страх, что открытое обсуждение неправильного поведения ребенка будет иметь негативное влияние на младших братьев и сестер. Отказ подростка или юного взрослого члена семьи принять участие в семейной терапии часто обусловлен маскировкой тайного сговора со страхом перед одним или обоими родителями.

Техника беседы

Особое качество семейного интервью состоит из двух важных факторов: 1) семья обращается за лечебной помощью со своей историей и динамикой как прочно сформированное целое. Зада-

чей семейного врача является установить природу данной группы, что важнее установления определенных нарушений; 2) члены семьи обычно живут вместе и, в некоторой степени, зависят один от другого в отношении физического и душевного благополучия. Все, что происходит в сеансе терапии, известно всем. Основные принципы терапии выводятся из этого факта. Например, катарсис гнева одного из членов семьи по отношению к другому должен быть тщательно направлен врачом. Это связано с тем, что лицо, являющееся объектом гнева, присутствует и будет реагировать на нападение либо во время беседы, либо дома, что увеличивает опасность применения насилия, поломки связей или отказа от терапии. Так же не подходит и метод свободных ассоциаций, так как кто-нибудь попытается доминировать над другими. Короче говоря, семейную терапию врач всегда должен контролировать и направлять.

Частота и длительность лечения

Кроме случаев, требующих неотложной помощи, сеансы обычно проводятся не дольше одной недели. Каждый сеанс, однако* может требовать $1\frac{1}{2}$—2 ч. Во время длительных сеансов можно делать перерыв, чтобы дать врачу время упорядочить материал и подготовиться к ответу. Гибкая схема необходима, когда географические условия или личные обстоятельства затрудняют встречу всей семьи. Длительность лечения зависит не только от природы проблемы, но также и от терапевтической модели. Врач, который пользуется исключительно моделью решения задач, может достигнуть цели за несколько сеансов; врач, употребляющий модели, ориентированные на рост, может, однако, работать с семьей годами, проводя сеансы с длительными промежутками.

Модели лечебного вмешательства

Психодинамические—эмпирические модели. Психодинамические эмпирические модели нацелены на индивидуальную зрелость в контексте семейной системы, свободной от бессознательных паттернов тревоги и проекции, давших корни в прошлом. Врачи ищут пути и устанавливают близкие связи с каждым из членов семьи, чередуя обмен информации между ними и членами семьи и между членами семьи друг с другом. Искренность общения и честное признание чувств являются высокоприоритетными, чтобы достичь этого, можно советовать членам семьи меняться местами, дотрагиваться друг до друга и смотреть прямо в глаза. Использование ими метафор, языка жестов и парапраксия помогают обнаружить бессознательные паттерны семейных связей. Врач должен также использовать «семейную скульптуру», в которой члены семьи дают красочное описание друг друга, личных взглядов на взаимоотношения, прошлого и будущего. Врач интерпретирует скульптуру, а также модифицирует ее таким образом, чтобы предположить наличие и других связей. Кроме того, субъективные реакции врача на семью играют огромную роль. В подходящие моменты они высказываются семье, с тем чтобы сформировать еще и другую петлю подкрепления самонаблюдению и изменениям.

Модель Bowen. Bowen назвал свою модель просто «фамильной системой», но ей справедливо присвоено звание ее автора. Ее критерием является персональная

Таблица 5. Основные модели семейной терапии: норма, дисфункция и терапевтические цели

Модель семейной терапии	Нормальное положение в семье	Дисфункция/нарушения	Цели, которые ставит перед собой терапия
Структурная Минухин (Minuchin) Монтавло (Montavlo) Апонте (Aponte)	1. Границы четкие и стабильные 2. Иерархия с сильными родительскими подсистемами 3. Гибкость системы для: а. Автономии и взаимозависимости б. Индивидуального развития и поддержания системы в. Постоянства и адаптивного реструктурирования в ответ на изменение внутренних (как результат развития) и внешних (ситуационно обусловленных) потребностей	Нарушения являются результатом текущего семейного структурного дисбаланса: а. Нарушения иерархической структуры, обязанностей б. Нарушения реакции на изменение потребностей (как результата развития, ситуационно обусловленных)	Реорганизация семейной структуры: а. Изменения положения членов семьи относительно друг друга для разрушения паттернов нарушения функции и усиление родительской системы в иерархии б. Четкие, гибкие границы в. Мобилизация более адаптивных, альтернативных паттернов
Стратегическая Хэйли (Haley) Миланская группа (Milan team) Группа Пало Алто (Palo Alto group)	1. Гибкость 2. Большой поведенческий набор для: а. Разрешения проблем б. Прохождения жизненного цикла 3. Четкие правила соблюдения иерархии (Хэйли)	Проблемы имеют много источников; нарушения поддерживаются следующими семейными факторами: а. Безуспешными попытками решить проблемы б. Неспособностью адаптироваться к переходным периодам жизненного цикла (Хэйли) Нарушения являются коммуникативным актом, включенным в паттерн взаимодействия	Только разрешения имеющейся проблемы: специфические поведенчески направленные задачи. Прерывание ригидного цикла с обратным подкреплением: изменение поддерживающей нарушения последовательности на новую. Более отчетливая иерархизация (Хэйли)
Поведенчески социальная замена Либерман (Liberman) Паттерсон (Patterson)	1. Дезадаптивное поведение не подкрепляется. 2. Адаптивное поведение вознаграждается 3. Замена, если цена превышает выигрыш	Дезадаптивное, нарушенное поведение поддерживается: а. Семейным вниманием и поддержкой б. Несовершенная замена вознаграждения, т.е. принудитель-	Конкретны, ощутимые поведенческие цели, изменение обусловленности социального подкрепления (межличностные последствия поведения) а. Подкрепление за адаптивное

Александер (Alexander) Психодинамическая Аккерман (Ackerman) Босцормени—Наги (Boszormenyi—Nagy) Фрамо (Framo) Лидц (Lidz) Мейсснер (Meissner) Поль (Paul) Стирлин (Stierlin)	4. Долговременное взаимодействие на обоюдовыгодной основе 1. Личности, играющие родительскую роль, и родительские отношения хорошо очерчены 2. Восприятие связей основано на реальной действительности; проекции из прошлого отсутствуют Босцормени—Наги: справедливость в отношениях Лидц: что необходимо в семье: а. Родительская коалиция б. Границы поколений в. Родительские роли соответствуют своему полу	ная в. Коммуникативный дефицит Нарушения связаны с семейными проекциями, начинающимися от неразрешенных конфликтов прошлого, и потерями в семье, где он произошел	поведение б. Отсутствие подкрепления за дезадаптивное поведение 1. Критика, разрешение семейного конфликта и связанных с ним потерь 2. Снижение процессов семейной проекции 3. Реконструкция и новое объединение связей 4. Индивидуальное и семейное развитие
Терапия семейной системы Бауэн (Bowen)	Дифференциация самого себя Интеллектуально-эмоциональный баланс	Нарушения обусловлены связями с семьей, где произошел конфликт: а. Слабая дифференциация самого себя б. Тревога (реактивность) в. Триангуляция	1. Дифференциация 2. Повышение когнитивной функции 3. Снижение эмоциональной реактивности 4. Модификация отношений в семейной системе: а. Детриангуляция б. Устранение разрывов
Экспериментальная Сатир (Satir) Вайтэккер (Whitaker)	Сатир: 1. Самомнение: высокое 2. Коммуникация: четкая, специфическая, честная 3. Семейные правила: гибкие; гуманные, адекватные 4. Отношение к обществу: открытое, с надеждой Вайтэккер: структура семьи такова, что многие аспекты семейных отношений являются общими для членов семьи	Нарушения являются невербальными откликами в реакции на коммуникативную дисфункцию системы	1. Прямые четкие коммуникации 2. Индивидуальное и семейное развитие через немедленно разделяемые с другими ощущения

дифферентация от семьи, из которой больной происходит, способность больного быть своим собственным правдивым «Я» перед лицом семейного и другого давления, которое угрожает потерей любви или социального положения. Проблема семьи оценивается по двум уровням: 1) ступень запутанности против степени их способности к отчетливой дифференцировке и 2) анализ эмоциональных треугольников в представленной проблеме. Эмоциональный треугольник определен как трех-партийная подсистема (которых может быть множество внутри семьи), устроенная так, что близость двух членов стремится исключить третьего. Близость может быть выражена либо как любовь, либо как повторяющийся конфликт. В любом случае активируются текущие пересечения, когда исключенная третья партия пытается соединиться с одной из других или когда одна из действующих партий поступает подобным образом по направлению к исключенной партии. Роль врача, во-первых, состоит из стабилизации или сдвига «горячего» треугольника—того, который обусловливает нарушения, заставившие обратиться к врачу, и, во-вторых, в том, чтобы работать с большинством из членов семьи, которые психологически к этому готовы, если надо, то индивидуально, для достижения достаточной персональной дифференциации, так что «горячий треугольник» больше не возникает. Для того чтобы оставаться нейтральным в их треугольниках, врач минимизирует эмоциональные контакты с членами семьи. Bowen ввел генограмму, представляющую собой исторический обзор семьи на протяжении нескольких поколений.

Структурная модель. В структурной модели семья рассматривается как единая взаимосвязанная система, оцениваемая по следующим линиям: 1) значимые альянсы и расколы среди членов семьи, 2) иерархия силы (например, «заботящиеся» о детях родители), 3) выяснение прочности связей между поколениями и 4) толерантность семьи друг к другу. Структурная модель использует согласованно индивидуальную и семейную терапию.

Модель общих систем. Основанная на теории общих систем модель рассматривает семью как систему, и каждое действие в семье вызывает реакцию у одного или более членов. Каждый член должен играть свою роль (например, преследователь, жертва, спасатель, член семьи, у которого выявляются нарушения, кормилица), причем роли относительно стабильны; однако член семьи, выполняющий данную роль, может меняться. Некоторые семьи пытаются сделать одного члена семьи «козлом отпущения», обвиняя его или ее во всех семейных неполадках (указанный больной). Если указанный больной обнаруживает улучшение, могут найти другого «козла отпущения». Семьи определяются как имеющие внешние границы и внутренние правила. Системная модель перекрывается другими моделями, особенно моделью Bowen и структурными моделями. Данные о семейных моделях, методах и целях приводятся в табл. 5.

Последние модификации

Семейная групповая терапия. Семейная групповая терапия объединяет несколько семей в единую группу. Участники имеют общие проблемы,и семьи сравнивают свои взаимоотношения с таковыми у других семей в группе. Родители детей с нарушениями также могут собираться вместе, чтобы справиться со своими затруднениями.

Социальная сетевая терапия. Социальная сетевая терапия собирает вместе все сообщество или сеть пациентов с нарушениями, из которых все встречаются в групповых сеансах с больным. В сеть включаются лица, с которыми больной контактирует в повседневной жизни, не только ближайшие члены его или ее семьи, но также знакомые, друзья, лица, ведущие с ними торговлю, сотрудники.

Цели

Цели лечения следующие: 1) добиться разрешения или ослабления патогенного конфликта и тревоги внутри матрицы межличностных отношений, 2) усилить восприятие и понимание членами семьи эмоциональных потребностей друг друга, 3) способствовать некоторой нормализации ролевых связей между различными полами и между поколениями, 4) усиливать способность индивидуальных членов и семей в целом справляться с разрушительной силой внутри и вне окружающей обстановки и 5) влиять на тождественность семьи и ценности так, что члены ее ориентируются на здоровье и развитие.

Конечная цель—интегрировать семью в более сильные системы в обществе, включающие не только семью в широком смысле, но и общество, представленное такими системами, как школы, медицинское обслуживание и социальные восстановительные и благотворительные учреждения, так что семья не изолируется.

БРАЧНАЯ ТЕРАПИЯ

ВВЕДЕНИЕ

Брачная терапия является формой психотерапии, предназначенной для психологической модификации взаимоотношений между двумя людьми, которые находятся в конфликте друг с другом по одному или нескольким параметрам — социальному, эмоциональному, сексуальному и экономическому. В брачной терапии квалифицированный специалист устанавливает терапевтический контракт с парой больных и через определенные виды связи пытается облегчить нарушение, изменить или инвертировать дезадаптивные паттерны поведения и воодушевить на возрастание силы и развитие личности.

Обсуждение брака можно считать более ограниченной методикой, чем брачная терапия, в том, что обсуждаются только определенные семейные проблемы. Обсуждение брака может быть также заданием с первичной ориентировкой, предназначенным для разрешения специфической проблемы, например, выхаживание ребенка.

Брачная терапия делает акцент на переструктурировании взаимоотношений между парой супругов, иногда исследуется психодинамика каждого партнера. Как терапия, так и стресс, наблюдающийся при обсуждении, помогает брачным партнерам справиться более эффективно со своими проблемами. Более важным является определение адекватных и реалистических целей, которые могут включать значительную реконструкцию союза, подход к решению проблемы или комбинацию того и другого.

Типы терапии

Индивидуальная терапия. В индивидуальной терапии брачные партнеры могут осматриваться разными врачами, которые даже не обязательно обсуждают результаты друг с другом. Цель лечения — усилить адаптивные способности каждого партнера. Иногда лечению подвергается только один партнер; в таких случаях визит супруга, который не лечится, к врачу может оказать пользу. Этот партнер может дать врачу сведения относительно больного, которые в противном случае были бы упущены; внешняя или внутренняя тревога у нелечащегося партнера может быть результатом лечения больного и изменений, происшедших с больным, поэтому ее тоже надо учитывать и реагировать на нее; иррациональная вера в лечение должна корригироваться; следует также исследовать сознательные и бессознательные попытки партнера саботировать лечение больного.

Индивидуальная брачная терапия. В индивидуальной брачной терапии каждый из брачных партнеров проходит курс лечения. Когда лечение проводит один и тот же врач, оно называется согласованной терапией; когда партнеров лечат разные врачи, лечение называется коллаборативной терапией.

Сопряженная терапия. Сопряженная терапия — это лечение партнеров в объединенном сеансе, проводимом либо одним, либо двумя врачами; это метод лечения, который наиболее часто применяется в брачной терапии. Ко-терапия с врачами обоих полов предохраняет одного из супругов от ощущения, что на него нападают, если ему (ей) приходится сталкиваться с двумя врачами противоположного пола.

Сеанс с четырьмя участниками. В сеансе с четырьмя участниками, каждый партнер осматривается другим врачом с регулярными объединенными сеансами, в которых участвуют все четыре человека. Вариантом этих сеансов является беседа за круглым столом, развиваемая William Masters и Virginia Johnson для быстрого лечения пар с сексуальными дисфункциями. Регулярно встречаются двое больных и двое врачей противоположного пола (см. раздел 21.26, обсуждение двойной сексуальной терапии).

Групповая психотерапия. Терапия для состоящих в браке пар, организованных в группу, дает возможность воздействовать на пару групповой динамикой. Группа обычно состоит из трех или четырех пар и одного или двух врачей. Пары идентифицируются друг с другом и узнают, что другие имеют сходные проблемы; каждая получает поддержку и сочувствие от других членов групп того же самого или противоположного пола; они исследуют сексуальные установки и имеют возможность получить новую информацию от группы сверстников, и каждыйлолучает специфическое подкрепление относительно своего поведения, либо положительное, либо отрицательное, которое может лучше восприниматься от нейтрального члена группы, а не от супруга, и иметь большее значение.

Когда в терапевтическую группу включен только один партнер, супруг может иногда посещать ее, так, чтобы члены могли более эффективно судить об оценке реальности. Иногда группа может быть организована так, что только одна пара является частью большой группы.

Комбинированная терапия. Комбинированная терапия относится к некоторым или ко всем ранее описанным методикам, используемым одновременно или в комбинации. Таким образом, определенная группа больных может начинать лечение одного или обоих партнеров в индивидуальной психотерапии, продолжать объединенную терапию с партнером и закончить терапию после курса лечения в группе женатых пар. Основанием для комбинированной терапии является то, что ни один из одиночных подходов к брачным проблемам не выявил преимуществ перед другими. Знакомство с рядом подходов, таким образом, обеспечивает врачу степень гибкости, которая обеспечит максимальные преимущества для пары, находящейся в затруднении.

Показания

Независимо от того, какие именно терапевтические средства используются, определено, что показаниями к брачной терапии

являются случаи, когда: 1) индивидуальная терапия не может помочь разрешить брачные неполадки; 2) начало нарушений у одного или обоих партнеров отчетливо связано с брачной жизнью и 3) пара, находящаяся в конфликте, требует брачной терапии. Проблема нарушенных взаимоотношений между партнерами является первичным показанием для семейной терапии. В таких случаях один из супругов может бояться другого, у него возникает тревога, когда приходится сообщать партнеру о своих мыслях и чувствах. Терапия направлена на то, чтобы видеть партнера реалистически.

Конфликты в одной или нескольких областях, таких, как сексуальная жизнь больного, также являются показаниями для лечения. Трудности в установлении удовлетворительных социальных, экономических, родительских или экономических ролей также являются показаниями к необходимости оказания помощи. Врач должен оценивать все аспекты брачных связей перед тем, как попытаться лечить только одно нарушение, поскольку оно может быть симптомом более первазивного брачного нарушения.

Противопоказания

Противопоказания для брачной терапии включают больных с тяжелыми формами психозов, особенно больных с параноидными элементами и тех, у которых гомеостатические механизмы брака являются защитой от психоза; один или оба супруга действительно хотят развода, или когда один супруг отказывается участвовать из-за тревоги или страха.

Цели

Nathan Ackerman определил цели брачной терапии как следующие: цели терапии для брачных расстройств состоят в облегчении эмоциональных нарушений и преодолении неспособности справляться со своими обязанностями, а также в обеспечении уровня благополучия обоих супругов вместе и каждого в отдельности. В общем случае врач приближается к этим целям, усиливая разделенные ресурсы для решения задач; воодушевляя замещение патогенных образований более адекватными способами контроля и защиты, усиливая иммунитет против дезинтегративных эффектов, эмоциональных переживаний и второстепенности отношений, а также обеспечивая развитие взаимоотношений между партнерами и каждого из них.

Частью терапевтического задания является убеждение каждого партнера в браке взять на себя ответственность в понимании психодинамической сущности своей личности. Подчеркивается, что его или ее поведение влияют на собственную жизнь, на жизнь супруга и жизнь других людей в их окружении; в результате этого

часто достигается более глубокое понимание проблем, которые создают разногласие в браке, что их можно отреагировать в процессе индивидуальной психотерапии.

Брачная терапия не гарантирует сохранение брака. Действительно, в некоторых случаях она может показать партнерам, что их союз нежизнеспособен и должен быть расторгнут.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

Berkowitz D. An overview of the psychodynamics of couples — Bridging concepts.— In: Marriage and Divorce—A Contemporary Perspective / Eds. *C.C.* Nadelson, DC. Polonsky. Guilford Press, Ney York, 1984.

Berman E., LiefH. /., Williams A. A model of marital interactions. In: The Handbook of Marriage and Marital Therapy / Ed. G. P. Sholevar, p. 3 SP. Medical and Scientific Books, New York, 1981.

Bowen M. Family Therapy in Clinical Practice. Jason Aronson, New York, 1978.

Dicks H. V. Concepts of marital diagnosis of therapy as developed at the Tavistock family psychiatric Clinic, London, England.— In: Marriage Counseling in Medical Practice / Eds. E. M. Nas, L. Jessner, D. W. Abse. University of North Carolina Press, Chapel Hill, 1964.

Green R.J., Framo J.L., editors Family Therapy: Major Contributions. International Universities Press, New York, 1981.

Meissner W. W. The conceptualization of marriage and family dynamics from a psychoanalytic perspetive.— In: Marriage and Marital Therapy / Eds. T. Paolino, B.McCrady, p. 35. Brunner/Mazel, New York, 1987.

Minuchin S. Families and Family Therapy. Harvard University Press, Cambridge, MA, 1974.

Nadelson C. C, Polonsky D. C, Mathews M. A. Marriage as a developmental process.— In: Marriage and Divorce — A Contemporary Perspective / Eds. C.C. Nadelson, D. C. Polonsky. Guilford Press, New York, 1984.

Rogers C. R. A theory of therapy, personality, and interpersonal relationships as developed in the client-centered frame work.— In: Psychology: A Study of a Science, vol. 3, Formulation of the Person and Their Social Context / Ed. S. Koch, j). 184. McGraw-Hill, New York, 1959.

Sonne J. C. Transference considerations in marriage and marital therapy.— In: The Handbook of Marriage and Marital Therapy / Ed. G. P. Sholevar, p. 103. SP Medical and Scientific Books, New York, 1981.

23.5. ПОВЕДЕНЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА И БИОПОДКРЕПЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ

Поведенческая медицина применяет принципы поведенческой терапии для предотвращения, диагностики, лечения и реабилитация при наличии болезненных проявлений. Она обычно больше применима к нарушениям психической сферы, чем физической, и используется в таких областях, как предотвращение стресса и его редуцирование, контроль над взрослыми больными и над

осложнениями заболевания, борьба с болью и психические нарушения, вызванные соматическими заболеваниями. Поведенческая медицина помогает также предотвратить заболевание, редуцируя факторы риска и модифицируя стиль жизни. Например, многие из факторов риска при заболевании коронарной артерии содержат компоненты, которые могут влиять на поведение. Такие факторы включают гиперхолестеринемию, которая может быть редуцирована диетой с низким содержанием жиров; гипертензию, которая может быть снижена диетой с низким содержанием соли и физкультурными упражнениями, и ожирение, которое также может корригироваться диетой и физкультурой. Хотя эти состояния можно лечить лекарственными препаратами, предпочтительнее, чтобы коррекция была проведена за счет поведенческих факторов, которые вносят вклад в эти факторы риска.

Основные разделы в области поведенческой медицины — так называемые расстройства самоконтроля, например, ожирение, курение сигарет, а также употребление психоактивных веществ, включая алкоголизм. Попытки клиницистов помочь больному лучше контролировать свое саморазрушающее поведение с помощью этих методов, помогающих больному лучше осознать поведенческие паттерны и факторы, которые усиливают эти паттерны, способствуют развитию новых паттернов, в свою очередь способствующих укреплению здоровья.

Термин «поведенческая медицина» был предложен Bick в 1973 г. в книге: «Biofeedback Behavioral Medicine». С тех пор эта область получила более широкое развитие, хотя подкрепление по-прежнему играет важную роль. Подкрепление— фундаментальный феномен для биологической адаптации, при этом важно подкрепление не только от окружающей обстановки, но и от самого тела. Таким способом поддерживается гомеостаз, а нейрогуморальное поведение регулируется через петли подкрепления или системы сервомеханизма. Биоподкрепление является особым типом подкрепления, которое связано с информацией, поступающей к субъекту извне относительно нормальных подпороговых биологических или физиологических процессов.

Кроме биоподкрепления, обучение релаксации, поведенческая терапия и гипноз представляют собой важные лечебные модальности в поведенческой медицине, как будет изложено в разделах 23.6 и 23.7.

ТЕОРИЯ БИОПОДКРЕПЛЕНИЯ

Neal Miller продемонстрировал лечебный потенциал биоподкрепления, показав, что вегетативная нервная система (ВНС) в норме может быть оперантно обусловлена с использованием подходящего подкрепления. С помощью инструментов больному

дается информация о состоянии определенных непроизвольных биологических функций, таких, как температура кожи и электрическая проводимость, напряжение мышц, давление крови, частота сердечных сокращений и волновая активность мозга. Больного затем учат регулировать одно или несколько из этих биологических состояний, что влияет на имеющиеся у него нарушения. Например, способность повышать температуру своих рук может быть использована для снижения частоты мигрени, приступов сердцебиения или стенокардии. Предположительный механизм — снижение симпатической активации и произвольная саморегуляция сужения сосудов гладкой мускулатуры артерий у предрасположенных субъектов.

МЕТОДЫ БИОПОДКРЕПЛЕНИЯ

Тип инструментов, которые используются при биоподкреплении, зависит от больного и специфики нарушений. Наиболее эффективными инструментами являются электромиограф (ЭМГ), который измеряет электрические потенциалы от мышечных волокон; электроэнцефалограф (ЭЭГ), который измеряет альфа-волны, появляющиеся в состоянии релаксации; счетчик кожно-гальванической реакции (КГР), который указывает на пониженную проводимость кожи в состоянии релаксации, и термистер, который измеряет температуру кожи, снижающуюся во время напряжения из-за периферического сужения сосудов. Больной подсоединяется к одному из измерительных приборов, который измеряет физиологическую функцию и транслирует импульсы в слуховой или зрительный сигнал, который больной использует как счетчик своих реакций. Например, при лечении бруксизма ЭМГ подсоединяется к жевательной мышце, ЭМГ излучает высокий тон, когда мышца сокращается, и низкий, когда она в покое. Больной может обучиться разрушать тон, чтобы получить указание на релаксацию. Он получает подкрепление на жевательную мышцу; тон подкрепляет обучение; состояние улучшается, и все эти события синергически взаимодействуют.

ПРИМЕНЕНИЕ БИОПОДКРЕПЛЕНИЯ

Нервно-мышечная релаксация

Механические приспособления для измерения ЭМГ или мышечной активности увеличивают эффективность традиционных методов терапии, как указывает документация при относительно длительном течении периферических повреждений нервно-мышечных соединений, спастической кривошеи, отдельных случаев поздней дискинезии, церебрального паралича и гемиплегии нижнего двигательного нерва.

Недержание кала и энурез

Для того чтобы люди, страдающие недержанием кала, могли восстановить нормальную деятельность кишечника при относительно небольшом числе сеансов биоподкрепления, в определенное время производится измерение внутренних и внешних сфинктеров анального отверстия с помощью трехполостных ректальных катетеров, что и обеспечивает биоподкрепление. Фактически, предшественником биоподкрепления еще в 1938 г. был гудок, действовавший при самом начале мочеиспускания на спящих детей с энурезом (подушка и звонок).

Синдром Рейно

При тревоге у людей часто холодеют руки и ноги, а также появляется синдром Рейно, обусловленный спазмом сосудов гладких мышц артерий. Ряд исследователей сообщают, что тепловое подкрепление от руки—недорогая и безопасная процедура по сравнению с хирургической симпатэктомией, является эффективным приблизительно в 70% случаев синдрома Рейно.

Мигрень

Наиболее часто применяемой стратегией биоподкрепления при классической или общей сосудистой головной боли является тепловое биоподкрепление от пальца, сопровождающееся аутогенными фразами самовнушения, стимулирующего потепление рук и охлаждение головы. Полагают, что этот механизм помогает предотвратить чрезмерное сужение мозговых артерий, часто сопровождающееся ишемическим продромальным симптомом, таким как мерцательная скотома, за которой следует «застой» артерий и растяжение болевых рецепторов сосудистой стенки.

Головная боль напряжения

Головные боли, обусловленные напряжением мышц, наиболее часто лечат с помощью метода, при котором через два достаточно больших электрода, расположенных на лбу, дают информацию относительно уровня мышечного напряжения. Эта локализация фронтального электрода чувствительна к ЭМГ-активности относительно лобных и затылочных мышц, которую больной обучается расслаблять.

Сердечная аритмия

Специфическое биоподкрепление электрокардиограммы позволяет больным снизить частоту преждевременных сокращений желудочков.

Идиопатическая гипертензия и ортостатическая гипотензия

Целый ряд специфических (прямых) и неспецифических биоподкрепляющих процедур, включая подкрепление артериального давления, кожно-гальваническую реакцию и тепловое подкрепление нога—рука в сочетании с релаксирующими процедурами используется для того, чтобы обучить больных понижать или повышать уровень их артериального давления. Некоторые из приведенных ниже данных указывают, что эти изменения могут удерживаться в течение по меньшей мере 2 лет и часто позволяют снизить или отменить антигипертензивную терапию.

Боль, возникающая в миофасциальном и челюстно-жевательном соединениях

Повышенный уровень ЭМГ-активности мощных мышц, связанный с билатеральными височно-челюстными суставами, можно снизить, используя биоподкрепление у больных с диагнозом «сильное сжатие челюстей» или скрежетание зубами.

Эпилепсия в форме больших припадков

Целый ряд процедур электроэнцефалографического подкрепления использовался экспериментально для профилактического подавления пароксизмальной активности у больных, не поддающихся антиконвульсивной терапии. Процедура позволяет больным усиливать сенсомоторную волновую активность мозга или нормализовать мозговую активность, что подсчитано по спектру мощности в реальном времени.

Гиперактивность

Процедуры биоподкрепления используются на детях с расстройством в виде гиперактивности и дефицита внимания, чтобы обучить их снижать свою двигательную деятельность. Биоподкрепление этого типа все еще находится в стадии эксперимента.

Астма

Имеются данные о том, что биоподкрепление как фронтальной ЭМГ, так и сопротивлением прохождению воздуха вызывает облегчение панической реакции, связанной с астмой, и улучшение поступления воздуха.

Как видно из приведенных выше данных, для лечения различных состояний используется целый ряд модальностей биоподкрепления. Множество менее специфических видов клинического применения, таких как лечение бессонницы, дисменореи и проблем речи, улучшение способности к физическим упражнениям, лечение волевых расстройств, влияние на состояние нарушенного сознания, управление стрессом и использование биоподкрепления как дополнительного метода при психотерапии для лечения тревоги, связанной с соматическими расстройствами, используют модель, в которой ЭМГ-биоподкрепление фронтальных мышц сочетается с тепловым биоподкреплением вместе с вербальными инструкциями, направленными на расслабление мышц.

Обучение расслаблению

Релаксация вызывает физиологические эффекты, которые противоположны таковым при тревоге (т. е. медленная скорость сердечных сокращений, усиленный периферический кровоток, нейромышечная стабильность). Разработан целый ряд методов релаксации, хотя некоторые, такие как йога и Цен, известны веками. Якобсон создал метод, в котором различные части тела попеременно напрягаются и расслабляются. Другим методом является гипноз (см. раздел 30.7). Аутогенные методы включают фразы, которые субъект повторяет, внушающие чувство мышечной или умственной релаксации. Личности типа А, как описано Feidman и Roseman, являются трудно поддающимися, амбициозными, всегда занятыми людьми, которые склонны к заболеванию коронарных артерий. Такие люди выигрывают от аутогенной тренировки, которая обучает их расслабляться.

Умственное воображение является другим методом релаксации, в котором больной инструктируется воображать самого себя или саму себя в месте, связан-

ном с приятными релаксирующими воспоминаниями. Это воображение позволяет больному вновь ощутить пережитое состояние, или как это назвал Benson, релаксирующую реакцию.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

Basmajian J. V., editor Biofeedback: Principles and Practice for Clinicians. Williams and Wilkins, Baltimore, 1983.

Butler F. Biofeedback: A Survey of the Literature. Plenum, New York, 1978.

Gaarder K. R., Montgomery S. Clinical Biofeedback; A Procedural Manual for Behavioral Medicine. Williams and Wilkins, Baltimore, 1981.

Olton D. S.. Noonberg A. R. Biofeedback: Clinical Applications in Behavioral Medicine. Prentice-Hall, Englewood Cliffs, NJ, 1980.

Orne M. T., editor Task Force Report no. 19: Biofeedback. American Psychiatric Association, Washington, DC, 1980.

Peper E., Ancoli S., Quinn M., editors Mind/Body Integration: Essential Readings in Biofeedback. Plenum, New York, 1979.

Pomerleau O.F., Brady J.P., editors Behavioral Medicine: Theory and Practice. Williams and Wilkins, Baltimore, 1979.

Runck B. Biofeedback —■ Issues and Treatment Assessment. National Institute of Mental Health (DDHS Pub. no. ADM 80-1032), Rockville, MD, 1980.

Stroebel C.F., editor Biofeedback and behavioral medicine and biofeedback in clinical practice. Psychiatr. Ann., 1981, 11.

23.6. ПОВЕДЕНЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ

ВВЕДЕНИЕ

Использование поведенческой терапии для лечения психических расстройств является относительно новым методом, пришедшим в течение последнего десятилетия, и важность его становится все более очевидной. Он основан на принципах теории обучения и использует классические и оперантные методики обусловливания. Поведенческая терапия направлена на специфические проблемы и лучше всего ее использовать, когда эти проблемы отчетливо очерчены, а желаемые цели четко определены.

ИСТОРИЯ

Еще в 1920-х годах, начали появляться разрозненные сообщения о принципах обучения лечению поведенческих расстройств. Однако эти сообщения почти не влияли на основное направление психиатрии или клинической психологии. Вплоть до 60-х годов, поведенческая терапия не возникала как систематический и всеохватывающий подход к психическим (поведенческим) расстройствам. Интересно, что эти более поздние разработки возникли вполне независимо от тех, что были разработаны ранее одновременно на трех различных контингентах.

Joseph Wolpe и его коллеги в Иоганненсбурге пользовались в значительной мере павловскими методами, чтобы вызвать

и ликвидировать экспериментальный невроз у кошек. Исходя из этих исследований, Wolpe разработал систематическую десенситизацию, прототип многих современных поведенческих методик для лечения дезадаптирующей тревоги, вызванной знакомыми стимулами. Приблизительно в это же время группа в Институте психиатрии Лондонского Университета, в частности Дж. Айзенк и М. Б. Шапиро, подчеркнули важность эмпирического подхода к пониманию и лечению отдельного больного с использованием самоконтроля, экспериментального парадигма для одного случая, а также современную теорию обучения. Третье направление работ по поведенческой терапии основано на исследованиях психолога Б. Ф. Скиннера (B. F. Skinner). Ученики Скиннера начали применять его метод оперантного обусловливания, который был разработан в лабораторных условиях, при работе с людьми в условиях клиники.

СИСТЕМАТИЧЕСКАЯ ДЕСЕНСИТИЗАЦИЯ

Систематическая десенситизация разработана Joseph Wolpe и основывается на поведенческом принципе противообусловливания, который утверждает, что субъект может преодолеть дезадаптивное поведение, вызванное ситуацией или предметом, путем постепенного приближения к вызывающим страх ситуациям и психологическому состоянию, которое тормозит тревогу.

В систематической десенситизации больной добивается состояния полной релаксации, а затем подвергается влиянию стимула, который вызвал реакцию тревоги. Негативная реакция тревоги затем тормозится состоянием релаксации; процесс называется реципрокным торможением.

Вместо того чтобы использовать действительные ситуации или предметы, которые вызывают страх, больной с врачом готовят градуированный список или иерархию провоцирующих тревогу сцен, связанных со страхами больного. В конечном счете выученное состояние релаксации и сцены, провоцирующие тревогу, систематически сочетаются в лечении. Таким образом, систематическая десенситизация состоит из трех ступеней: обучение релаксации, построение иерархии и десенситизация стимула.

Обучение релаксации

Большинство методов, с помощью которых достигается релаксация, основывается на методе, называемом прогрессивной релаксацией. Больной расслабляет большинство групп мышц в определенном порядке, начиная с небольшой группы мышц стопы и так до головы, и наоборот. Некоторые врачи применяют гипноз для облегчения релаксации.

Построение иерархии

Когда формируется иерархия, врач определяет все условия, которые вызывают тревогу, и тогда больной должен составить иерархический список из 10—18 сцен, ранжированных по степени увеличивающейся тревоги, например, у человека, страдающего акрофобией, иерархия может начинаться с того, что больной представляет себе, как он стоит возле окна на втором этаже, и заканчиваться представлением, как он стоит на крыше 20-этажного здания, опираясь на решетку и глядя прямо вниз.

Десенситизация стимула

Десенситизация проводится систематически путем прохождения больного через список, начиная от сцен, провоцирующих самую легкую тревогу, до сцен, провоцирующих большую тревогу; при этом больной находится в состоянии наибольшей релаксации. Скорость прохождения через эти сцены обусловлена реакцией больного на стимулы. Когда больной может ярко вообразить'сцену, провоцирующую наибольшую тревогу в иерархическом стиле, хладнокровно, он ощущает небольшую тревогу и в соответствующей жизненной ситуации.

Вспомогательное применение лекарств

Для ускорения десенситизации используются различные лекарства. Наиболее часто применяют ультрабыстрого действия барбитурат метогекситал натрия (Бревитал, Brevital), который вводится в/в в субанестезирующих дозах. Обычно дается до 60 мг препарата за серию приемов из небольших доз. Можно вводить в/в диазепам (Валлиум, Valium). Если детали процедуры тщательно соблюдаются, почти всем больным эта процедура нравится, хотя имеет небольшое число неприятных побочных действий. Преимуществом фармакологической десенситизации является то, что предварительное обучение релаксации укорачивается: почти все больные в состоянии достигать адекватного состояния релаксации, и самолечение протекает быстрее.

Показания к десенситизации

Методика более эффективна, если имеется четкое указание на стимул, провоцирующий тревогу. Фобии, навязчивости, компульсии и некоторые сексуальные расстройства успешно поддаются лекарственному воздействию.

НАВОДНЕНИЕ ВЫЗЫВАЮЩИМИ ТРЕВОГУ СТИМУЛАМИ

Метод основан на предпосылке, что избегание ситуации, провоцирующей тревогу, подкрепляет тревогу путем обусловливания. Таким образом, не позволяя больному избегать ее, тревогу можно ослабить и предотвратить обусловленное поведение избегания.

Метод заключается в том, чтобы вдохновить больного вообразить или действительно столкнуться с вызывающей страх ситуацией. Никаких расслабляющих упражнений не применяется, как при систематической сенситизации. Больной переживает страх, который постепенно ослабевает с течением времени. Успех методики зависит от того, останется ли больной в генерирующей страх ситуации до тех пор, пока успокоится и сумеет управлять своим страхом. Преждевременный выход из ситуации или преждевременное окончание воображаемой сцены эквивалентно избеганию, и тогда как обусловленная тревога, так и поведение избегания подкрепляются. Вариант наводнения импульсами называется «взрывом», при котором воображаемое или реальное явление хуже, чем оно в действительности (например, больной со страхами перед змеями воображает не только, что он видит змею, но также, что она ползет к его шее по телу). Многие больные отказываются от этого метода, поскольку он включает психологический дискомфорт. Он противопоказан также больным, для которых интенсивная тревога опасна (например, больным с заболеванием сердца, или слабой психологической адаптацией). Эти методы лучше всего действуют при специфических фобиях.

ПОСТЕПЕННОЕ ДЕЙСТВИЕ СТИМУЛОВ

Постепенное действие сходно с наводняющим действием стимулов за исключением того, что больные приближаются к фобическим объектам или ситуациям постепенно, серией, состоящей из небольших ступеней. В отличие от систематической десенситизации, однако, обучение релаксации не входит в данную методику, и лечение обычно выполняется в контексте реальной жизненной ситуации.

МОДЕЛИРОВАНИЕ С УЧАСТИЕМ В ПРОЦЕДУРЕ

Моделирование с участием в процедуре состоит в том, что больного обучают с помощью имитации. Больной обучается новому поведению путем простого наблюдения, ничего не делая и без прямого внешнего подкрепления. Точно так же как иррациональные страхи можно вылечить путем обучения, от них можно отучиться, наблюдая в несодержащей страхов модели встречу с вызывающим страх предметом. Методика оказывает хороший эффект

у детей с фобиями, которых помещают вместе с другими детьми такого же возраста и пола, которые сталкиваются с вызывающими страх предметами или ситуациями. У взрослых врач должен описать вызывающую страх активность в спокойной манере, с которой больной может идентифицироваться, или же врач может отреагировать с больным процесс овладения вызывающей страх активностью. Иногда может быть установлена иерархия активностей, причем в первую очередь имеют дело с самой слабой из вызывающих страх активностью. Методика моделирования с участием в процедуре эффективна при агорафобии, если врач сопровождает больного в вызывающей страх ситуации. Вариант этой процедуры назван репетицией поведения, в которой жизненно важные проблемы отреагируются под наблюдением врача. Метод эффективен при более сложных поведенческих паттернах, таких как смущение при выступлениях и застенчивость.

ОБУЧЕНИЕ УВЕРЕННОСТИ В СЕБЕ И СВОИХ СПОСОБНОСТЯХ

Чтобы быть уверенными в себе, субъекты должны знать, что их суждение правильно, и иметь достаточно хорошее мнение о самом себе, чтобы выразить свое мнение. Тренировка в отношении уверенности в себе и своих способностях обучает людей, как адекватно реагировать в различных социальных ситуациях, чтобы выразить свое мнение подходящим образом и достигнуть цели. Для повышения уверенности в себе применяется ряд методов, включая ролевое моделирование, десенситизацию и положительное подкрепление (вознаграждение за желаемое поведение). Обучение умению вести себя в обществе также связано с уверенностью, но также связано и с рядом реальных жизненных задач, таких, как покупка продуктов, поиск работы, взаимодействие с другими людьми и победа над застенчивостью.

АВЕРСИВНАЯ ТЕРАПИЯ

Когда предъявляется неприятный стимул (наказание) сразу же после специфической поведенческой реакции, реакция в конце концов тормозится и угашается. Имеется много типов неприятных стимулов: электрические стимулы, вещества, вызывающие рвоту, телесное наказание, социальное неодобрение и другие стимулы наказания. Негативный стимул сочетается с поведением, которое таким образом подавляется. Нежелательное поведение обычно исчезает после серии таких предъявлений. Аверсивная терапия применяется при алкоголизме, парафилиях и других видах поведения с импульсивным или компульсивным качеством.

ПОЛОЖИТЕЛЬНОЕ ПОДКРЕПЛЕНИЕ

Если за поведенческой реакцией следует вознаграждающее событие— например, пища, избегание боли или похвала — она усиливается и появляется более часто. Этот принцип применим к различным ситуациям. В больничных палатах психически больных вознаграждают за желаемое поведение определенным образом, например, получение определенных привилегий. Этот процесс эффективен при нарушениях поведения и носит название «знаковая экономика». Некоторые исследователи предполагают, что психотерапия эффективна частично в связи с тем, что больной хочет порадовать врача и меняет свое поведение, чтобы заслужить его одобрение. Фрейд считал, что при лечении фобий больной нуждается в поощрении, чтобы столкнуться с фобией в определенном пункте, основанном на положительной связи между врачом и больным.

СПЕЦИФИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА

Агорафобия

Постепенное воздействие и наводнение стимулами может уменьшить страх перед нахождением в переполненных местах. Около 60% больных, которых лечат с помощью этого метода, обнаруживают улучшение. В некоторых случаях супруг может выступать как врач, сопровождая больного в ситуации, вызывающей страх; однако при этом не наблюдается «вторичной выгоды», когда больной пытается удержать возле себя супруга, симулируя симптомы.

Другие фобии

Систематическая десенситизация эффективна при лечении простых фобий, таких, как боязнь высоты, животных и страх перед полетом. Тренировка в отношении умения вести себя в обществе включает борьбу с застенчивостью и страхом перед другими людьми.

Шизофренические расстройства

«Знаковая экономика», при которой знаки выдаются за хорошее поведение и могут быть использованы для приобретения в палате некоторых преимуществ, оказывает хороший эффект при внутрибольничном лечении больных шизофренией. При обучении умению вести себя в обществе больным шизофренией прививаются навыки общения с другими в социально приемлемой манере, так что негативное подкрепление уменьшается. Кроме того, этими методами можно ослабить агрессивное поведение некоторых больных шизофренией.

Сексуальные дисфункции

Двойная сексуальная терапия, разработанная William Masters и Virginia Johnson, является методом поведенческой терапии, используемым для различных сексуальных дисфункций, особенно импотенции, аноргазмии и преждевременной эякуляции. В качестве первостепенных методов используются релаксация, десенситизация и постепенное подвергание стимулам (см. раздел 14.26 для более подробного обсуждения этих методов).

Алкоголизм

Для лечения алкоголизма эффективна аверсивная терапия, при которой у алкоголика вызывается рвота (добавлением рвотных средств к алкоголю). Терапию дисульфурамом (антабус) можно использовать в случае, когда алкоголики находятся вне алкогольного опьянения. Таких больных предупреждают, что прием алкоголя будет связан с тяжелыми физиологическими последствиями (например, тошнота, рвота, гипотензия, кома) при приеме антабуса.

Парафилии

Во время парафилических импульсов иногда дают электрические стимулы, и в конце концов импульсы исчезают. Результаты удовлетворительны, но следует с регулярными интервалами проводить подкрепление.

Результаты поведенческой терапии

Поведенческая терапия при целом ряде расстройств бывает успешной, и ей легко обучить. Она требует меньше времени, чем другие виды терапии, такие как психоанализ и психоаналитическая терапия, и менее дорогая для проведения. Ограничение метода состоит в том, что он эффективен для ограниченных симптомов, а не для глобальных дисфункций (например, расстройства личности). Как и при других формах лечения, тщательная оценка нарушений больного, мотивации и психологической силы должна быть установлена перед тем, как выбрать тот или иной из описанных выше терапевтических приемов.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

Ayllon T., Azrin N. H. The Token Economy: A Motivational System for Therapy and Rehabilitation. Appleton—Century—Crofts, New York, 1968.

Brady J. P. Psychiatry as the behaviorist views it.— In: Psychiatry: Areus of Promise and Advancement/Eds. J. P. Brady, J. Mendels, M. T. Orne, W. Rieger. Spectrum Publications, New York, 1977.

Brady J. P. Social skills training for psychiatric patients: Concepts, methods, and clinical results.—Am. J. Psychiatry, 1984, 141, 333.
Kazdin A.E. History of Behavior Modification. University Park Press, Baltimore, 1978.
Liberman R.P. Behavioral modification of schizophrenia: A review. Schizophr. Bull., 1972, 6, 37.
Paul G.L., Lentz R.J. Psychosocial Treatment of Chronic Mental Patients. Harvard University Press, Cambridge, MA, 1977.
Pomerleau O.F., Brady J.P., editors Behavioral Medicine: Theory and Practice. Williams and Wilkins, Baltimore, 1979.
Stuart R. B., editor Behavioral Self-Management: Strategies, Techniques and Outcomes. Brunner/Mazel, New York, 1977.
Wolpe J. Misrepresentation and underemployment of behavior therapy.— Сотр. Psychiatry, 1986, 27, 192.
Wolpe J. The Practice of Behavior Therapy, ed. 2. Pergamon Press, New York, 1973.

23.7. ГИПНОЗ

ОПРЕДЕЛЕНИЕ

Гипноз является сложным психическим феноменом, который определен как состояние повышенной локальной концентрации и восприимчивости к внушению со стороны другого лица. Он называется также нарушенным состоянием сознания, состоянием диссоциации и стадией репрессии. Однако физиологическая основа гипноза неизвестна так же как и сна, при котором имеют место характерные изменения ЭЭГ. Martin Orne определяет гипноз как состояние или условие, в котором субъект может отвечать на соответствующее внушение ощущением нарушения восприятия памяти или настроения. Существенной чертой гипноза является субъективное ощущение происходящих изменений.

ИСТОРИЯ

Современная теория гипноза была основана австрийским врачом Антоном Месмером (1734—1815), который считал, что этот феномен является результатом животного магнетизма или невидимых флюидов, которые проходят между субъектом и гипнотезе-ром; феномен получил название «месмеризм». Термин «гипноз» возник в 1840 г., его ввел шотландский врач James Braid (1795— 1860), который считал, что субъект находится в определенной стадии сна («гипноз» по-гречески означает «сон»). В конце XIX в. французский невролог Жан Шарко (1825—1893) предположил, что гипнотизм является особым физиологическим состоянием, а его современник Hippolyte Bernheim (1840—1919) считал его психологическим состоянием повышенной внушаемости.

Фрейд, который учился с Шарко, рано начал использовать гипноз в своей врачебной практике, чтобы помочь больным восстановить подавленную память. Он заметил, что больные излагают забытые травматизирующие события под гипнозом; этот процесс

известен как «отреагирование». Позднее Фрейд заменил гипноз методом свободных ассоциаций.

На сегодня гипноз является методом, используемым как форма терапии (гипнотерапия), применяемым также для восстановления утраченной памяти, и инструментом для исследований.

ПОДВЕРЖЕННОСТЬ ГИПНОЗУ И ИНДУКЦИЯ

Гипн.абельность является способностью больного быть загипнотизированным и реагировать на внушение. Herbert Spiegel описал признак гипнабельности, выражающийся в способности глаз подниматься вверх, когда они закрыты веками. У лиц с хорошей гипнабельностью эта способность имеется. Другими признаками гипнабельности являются способность к зрительному воображению и желание участвовать в процедуре.

Техника индукции варьирует, но она также зависит от того, имеет ли больной способность концентрировать свое внимание на образе или идее. Можно научить людей самогипнозу (также называемому аутогенной тренировкой), в котором они учатся расслабляться.

ГИПНОТЕРАПИЯ

Больной в гипнотическом трансе может рассказать о событиях, которых нет в сознании в негипнотическом состоянии. Эти воспоминания могут быть использованы для терапии, чтобы подкрепить психоаналитическую гипотезу в отношении динамики больного или чтобы научить больного использовать эти воспоминания как катализатор для новых ассоциаций. У некоторых больных можно вызвать регрессию возраста, во время которой они вновь переживают события, которые имели место в раннем периоде их жизни. Переживает ли больной эти события так, как они происходили в действительности, вопрос спорный, однако, полученный материал может быть использован для дальнейшей терапии. Больные в состоянии транса могут описывать события с интенсивностью, сходной с таковой, которая имела место, когда они реально происходили (отреагирование), и в результате ощущают облегчение. Это играет роль в лечении амнезии и реакции избегания, хотя врач должен знать, что это иногда может быть опасно — выводить подавленный материал на уровень сознания так быстро, поскольку у больного может возникнуть сильная тревога.

РОЛЬ В ПОВЕДЕНЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЕ

Гипноз применяется с разной степенью эффективности для борьбы с наркоманией, алкоголизмом, курением и ожирением. Он используется для достижения обезболивания, и иногда операции

производятся без всякой анестезии, за исключением гипноза. Он используется также для облегчения хронической боли. Улучшение состояния под влиянием гипноза достигается при целом ряде заболеваний: астме, бородавках, зуде, афонии и целом ряде конверсивных симптомов.

С помощью гипноза легко вызвать релаксацию, так что больной справляется с фобической ситуацией, контролируя свою тревогу. Он используется также для создания релаксации при систематической десенситизации.

СОСТОЯНИЕ ТРАНСА

О лицах, находящихся под гипнозом, говорят, что они находятся в состоянии транса, которое может быть легким, средним или тяжелым (глубоким). В легком трансе имеют место изменения двигательной активности, такие, как расслабление мускулатуры больного; руки могут быть подняты; может также наблюдаться парестезия. Средний транс характеризуется уменьшением ощущения боли и частичной или полной амнезией. Глубокий транс связан с навязанными зрительными или слуховыми ощущениями, регрессией возраста и глубокой анестезией. Нарушение чувства времени имеет место на всех уровнях транса, но наиболее тяжелое при глубоком трансе.

Постгипнотическая внушаемость характеризуется тем, что больного можно заставить выполнить простое действие или ощутить определенное чувство после пробуждения от состояния транса. Это можно использовать, чтобы заставить больного почувствовать дурной вкус сигарет или определенной пищи, что помогает при лечении ожирения или пристрастия к никотину. Постгипнотическая внушаемость связана с состояниями глубокого транса.

ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ

Загипнотизированные больные находятся в сильной зависимости от врача, и может развиться такой сильный перенос, характеризующийся положительным отношением, что необходимо учесть и интерпретировать. В других случаях может возникнуть негативный перенос у лиц с хрупкой нервной системой и нарушением тестирования реальности. Больные, которым трудно дается вера в кого-либо, например параноидные больные, или такие, которые не могут отключиться от проверки всего, например обсессивно-компульсивные больные, не являются хорошими кандидатами для лечения с помощью гипноза. Очень важно соблюсти этические принципы, чтобы не повредить больному при всех видах терапии и особенно при гипнозе, в котором больные (особенно находящиеся в глубоком трансе) сильно подвержены внушению

и послушны. Относительно того, выполняют ли больные в состоянии транса действия, которые в другом состоянии казались бы им отвратительными или противоречили бы их нравственным устоям, мнения противоречивы.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

Barber T. X. Hypnosuggestive procedures in the treatment of clinical pain: Implications for theories of hypnosis and suggestive therapy.— In: Handbook of Clinical Health Psychology/Ed. T. Millon, p. 521. Plenum Press, New York, 1982.

Braun B.G. The uses of hypnosis in psychiatry.— Psych. Ann., 1986, 16, 75.

Crasilneck #., Hall J. Clinical Hypnosis: Principles and Applications, ed. 2. Grune and Stratton, Orlando, FL, 1985.

Erickson M. H. Advanced Techniques of Hypnosis and Therapy: Selected Papers of Milton H. Erickson, M.D. J. Haley, editor. Grune and Stratton, New York, 1976.

Kroger W. Clinical and Experimental Hypnosis, ed. 2. Lippincott, Philadelphia, 1977.

Orne M., Dinges D. Hypnosis.—In: Textbook of Pain/Eds. P. Wall, R. Melzack, p. 806. Churchill Livingstone, London, 1984.

Spiegel H., Spiegel D. Trance and Treatment: Clinical Uses of Hypnosis. Basic Books, New York, 1978.

Wain H.J. Clinical Hypnosis in Medicine. Symposia Specialists, Chicago, 1980.

Wester W. C. II, Smith A. #., editors Clinical Hypnosis: A Multidisciplinary Approach. Lippincott, Philadelphia, 1984.

23.8. КОГНИТИВНАЯ ТЕРАПИЯ

ВВЕДЕНИЕ

Нормальные реакции опосредуются когнитивными процессами, которые дают возможность людям точно воспринимать окружающее. В психопатологии эта способность нарушена и совершаются когнитивные ошибки. Aaron Beck использовал термин «схемы» (schemas) для описания стабильных когнитивных паттернов, через которые интерпретируются ощущения. Когнитивные ошибки вызывают негативные схемы, которые сохраняются, несмотря на противоречивые факты. Таким образом, депрессогенные схемы могут включать полярные ощущения, как белое или черное, без затененности или серости, поскольку категорический императив не позволяет никакого выбора, или же люди расцениваются либо как хорошие, либо как плохие.

ОБЩИЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЯ

Когнитивная терапия, разработанная Aaron Beck, является кратковременной структурированной терапией, которая использует активное сотрудничество между врачом и больным для достижения терапевтических целей. Она ориентирована на текущие проблемы и их разрешение. Терапия обычно проводится на индивидуальной основе, хотя групповые методы тоже применяются.

Терапия может также проводиться в сочетании с медикаментозной терапией.

Когнитивная терапия применяется в основном в отношении к депрессиям (при наличии или без суицидальных мыслей); однако она также используется при других состояниях, таких, как приступы паники, обсессивно-компульсивные расстройства, параноидные расстройства и соматоформные нарушения. Лечение депрессий может служить парадигмой когнитивного подхода.

КОГНИТИВНАЯ ТЕОРИЯ ДЕПРЕССИЙ

Когнитивная теория депрессий утверждает, что когнитивные дисфункции являются стержнем депрессии и что аффективные и физические изменения и другие, связанные с ними, являются последствием когнитивных дисфункций. Например, апатия и снижение энергии являются результатом того, что больной ожидает неудачи во всех областях. Сходно парализация воли исходит из пессимизма больного и чувства безнадежности.

Когнитивная триада депрессии состоит из: 1) негативного самовосприятия, в результате которого больной видит себя как дефективного, неадекватного, оторванного от мира, никчемного и нежелательного; 2) тенденции к восприятию мира как негативного, требовательного и громящего самого себя места и к ожиданию неудачи и наказания, и 3) ожидания длительных неприятностей, страдания, лишения и неудач.

Цель терапии—достигнуть облегчения депрессии и предупредить рецидив, помогая больному: 1) идентифицировать и проверять негативные познания; 2) развивать альтернативные и более гибкие схемы, и 3) удерживать как новые когнитивные способности, так и новые поведенческие реакции. Цель состоит также в том, чтобы изменить пути мышления больного и в результате облегчить депрессивный синдром.

СТРАТЕГИИ И МЕТОДЫ

В целом терапия очень короткая и длится от 5 до 7 нед, дважды в неделю. Если к этому времени нет нужной реакции, надо пересмотреть диагноз. Поддерживающая терапия может проводиться годами.

Как и при других видах психотерапии, отношение врача очень важно для успешной терапии. Врач должен распространять тепло, обнаруживать понимание жизни каждого больного и быть искренне великодушным и честным с самим собой, так же как и со своими больными. Врач должен также обращаться со своими больными квалифицированно и дружелюбно.

При когнитивной терапии устанавливается повестка дня в начале каждого сеанса, дается домашняя работа, которую выпол-

няют между сеансами, и проводится обучение новым навыкам. Врач и больной активно сотрудничают. Когнитивная терапия имеет три компонента: дидактические аспекты, когнитивные методы и поведенческие методы.

Дидактические аспекты

Дидактические аспекты включают объяснение больному когнитивной триады, схемы и ошибочной логики. Врач должен обсудить с больным, что они вместе должны сформулировать гипотезы и проверить их в курсе лечения. Когнитивная терапия требует полного объяснения связи между депрессией и мышлением, аффектом и поведением, так же как логического обоснования всех аспектов лечения. Это объяснение отличается от большинства видов психоаналитически ориентированной терапии, для которых не нужно длинных объяснений.

Когнитивные методы

Когнитивный подход включает четыре процесса: 1) создание автоматических мыслей, 2) тестирование автоматических мыслей, 3) идентификация дезадаптивных положений, лежащих в основе нарушений и 4) проверка обоснованности дезадаптивных положений.

Создание автоматических мыслей познания. Автоматические мысли—это понятия, которые возникают между внешними событиями и эмоциональной реакцией субъекта на событие. Примером автоматической мысли является вера, что «каждый будет смеяться надо мной, когда увидит, как я плохо играю в мяч» — мысль, которая возникает у человека, когда его просят принять участие в игре и он отказывается. Другой пример — мысль субъекта, что «она меня не любит, если кто-то пройдет мимо, не поздоровавшись».

Проверка автоматических мыслей. Действуя как учитель, врач помогает больному проверить правильность автоматических мыслей. Цель — вдохновить больного отвергнуть неточные или преувеличенные автоматические мысли после тщательного исследования.

Больные часто винят себя за все, что идет неправильно, хотя это может вовсе от них не зависеть. Врач рассматривает вместе с больным всю ситуацию и помогает изменить отношение к обвинению самого себя как причины неприятных событий. Создание альтернативных объяснений для событий является другим способом исправления неточных и нарушенных автоматических мыслей.

Идентификация дезадаптивных утверждений. По мере того, как больной и врач продолжают идентифицировать автоматические мысли, паттерны обычно становятся более ясными, обнаруживают закономерности или общие дезадаптивные утверждения, которыми больной руководствовался в жизни. Примеры таких правил: «Чтобы быть счастливым, я должен быть совершенством», или «Если кто-то не любит меня, значит меня нельзя любить». Такие правила неизбежно ведут к разочарованию и неудаче, а затем к депрессии.

Проверка правильности дезадаптивных утверждений. Сходно, проверка правильности автоматических мыслей является проверкой точности дезадаптивных утверждений. Один особенно эффективный тест состоит в том, что врач спрашивает больного, как защитить правильность утверждения. Например, если больной утверждает, что он всегда будет опираться на свой принцип, врач может спросить: «Почему это так важно для Вас?».

Поведенческие методы

Поведенческие методы идут рука об руку с когнитивными методами: поведенческие методы используются для изменения дезадаптивного или неточного познания. Общая цель этих методов— помочь больному понять неточность своих когнитивных утверждений и обучиться новым стратегиям и путям преодоления ошибок.

Среди используемых в терапии поведенческих методов: создание схемы деятельности, обучение тому, как получать удовольствие, постепенное усложнение задания, удержание новых познаний, обучение самоуважению, ролевая игра и методы отвлечения.

Одно из первых мест принадлежит составлению схемы деятельности по часам. Запись этой деятельности затем рассматривается врачом.

Кроме схемы деятельности, больного просят определить скорость овладения деятельностью и размер получаемого удовольствия. Больные часто удивляются, насколько больше они успевают одолеть и получить удовольствие, действуя, чем они могли ожидать.

Для того чтобы упростить ситуацию и быстрее прийти к завершению, задания часто делятся на подзадания, как при градуированных распределениях, чтобы показать больным, что они могут с этим справиться.

Удержание познаний требует, чтобы больной вообразил различные шаги, которые он предпримет, встречаясь с препятствием и преодолевая его, и удержал их в памяти.

Больные, особенно находящиеся в больнице, обучаются больше верить в себя, совершая небольшие дела, например, заправляя свою постель, покупая себе вещи или готовя себе еду, а не пользуясь тем, что для них сделают другие. Это называется обучением уверенности в себе.

Ролевая игра особенно важна и полезна для возникновения автоматических мыслей и для обучения новому поведению.

Техника отвлечения полезна тем, что помогает больному пройти через особенно трудные времена и включает физические упражнения, социальные контакты, работу, игру или зрительное воображение.

ВООБРАЖЕНИЕ

Воображение является феноменом, которое влияет на поведение, как было впервые отмечено Paul Schilder в его книге «Образ и реальное человеческое тело», в которой он описывает образы как имеющие физиологические компоненты. Согласно Schilder, визуализация самого себя при беге активирует неосознанно те же самые мышцы, которые действуют при беге, что можно измерить

электромиографически. Этот феномен используется в спорте, при обучении, когда спортсмен рассматривает каждое мыслимое событие при выполнении упражнения и развивает мышечную память для действия. Это можно также использовать для уменьшения тревоги или преодоления страха, комбинируя поведенческие и когнитивные теории.

Импульсивное или обсесивное поведение лечат остановкой мыслей. Например, больные воображают знак остановки, близость полицейского участка или другие образы, которые вызывают торможение в то самое время, когда они распознают импульс или навязчивость, чуждые для эго. Сходно ожирение можно лечить, заставляя больного смотреть на себя как на худого, физически развитого, аккуратного и с хорошим телосложением, и затем обучить их вызывать этот образ, как только им захочется поесть. Такие образы можно усиливать гипнозом или аутогенной тренировкой. Метод, называемый направляемым воображением, используется в психотерапии, когда у больных стимулируют фантазии, которые могут интерпретироваться как исполнение желаний или попытки справиться с нарушенным аффектом или импульсами.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ

Когнитивная терапия может использоваться сама по себе или в сочетании с антидепрессантами при тяжелых депрессиях. Исследования отчетливо показали, что когнитивная терапия эффективна, а в некоторых случаях и наилучшая или равная только медикаментозной терапии. Она наиболее полезна как терапевтическое вмешательство, легко доступное при депрессии, и обещает хороший эффект при лечении других расстройств.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

Bandura A. Social Learning Theory. Prentice-Hall, Englewood Cliffs. NJ, 1977.
Beck A. T., Emery G. Anxiety Disorders and Phobias: A Cognitive Perspective. Basic Books, New York, 1985.
Beck A. T. Cognitive Theraby and the Emotional Disorders. International Universities Press, New York, 1976.
Beck A. T. Depression: Causes and Treatment. University of Pennsylvania Press, Philadelphia, 1972.
Beck A. T., Rush A.J. Cognitive approaches to depression and suicide.— In: Cognitive Defects in the Development of Mental Illness/Ed. G. Serban, p. 235. Brunner/Mazel, New York, 1978.
Beck A. T., Rush A.J., Shaw B. F., Emery G. Cogniive Therapy of Depression. Guilford Press, New York, 1979.
Ellis A. Reason and Emotion in Psychotherapy. Lyle Stuart, 1962.
Kelly G. The Psychology of Personal Constructs. Norton, New York, 1955.
Rush A.J. Cognitive therapy in combination with antidepressant medication.— In: Combining Psychotherapy and Drug Therapy in Clinical Practice/Eds. B. D. Beitman, G.L. Klerman, p. 121. Spectrum Publications, New York, 1984.

Глава 24

БИОЛОГИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ

24.1. ОСНОВНЫЕ ПРИНЦИПЫ ПСИХОФАРМАКОЛОГИИ

ИСТОРИЯ

Биологическая терапия в форме электросудорожной терапии, впервые проведенная Ugo Cerletti, терапия инсулиновыми шоками, впервые примененная Manfred Sakel, и психохирургия, введенная Egas Moniz, начали применяться в первой трети XX в. и возвестили о биологической революции в психиатрии.

В 1917 г. Julius von Wagner-Jauregg начал лечить сифилис малярийным токсином и стал единственным психиатром, награжденным Нобелевской премией. Во второй половине XX в. химиотерапия как способ лечения психических заболеваний становится основной областью исследования и практического применения. Почти сразу же после введения аминазина в начале 1950-х годов психотерапевтические средства стали основой лечения в психиатрии, особенно больных с тяжелыми расстройствами.

В 1949 г. австрийский психиатр John Cade описал способ лечения маниакального возбуждения литием, что стало одной из основных вех в истории психофармакологии. При проведении экспериментов на животных, Кейд случайно обнаружил, что карбонат лития вызывает у животных сонливость, что побудило его вводить препарат некоторым больным в состоянии ажитации.

В 1950 г. Charpentier синтезировал аминазин (антипсихотическое средство, относящееся к алифатическим фенотиазинам), пытаясь создать антигистаминный препарат, вспомогательное средство при наркозе. Laborit сообщил о том, что этот препарат вызывает «искусственную гибернацию». В сообщениях Paraire и Sigwald (1951); Delay и Deniker (1952) и Lehman и Hanrahan (1954) описывается эффективность аминазина в лечении тяжелой ажитации и психоза. Аминазин быстро вошел в американскую психиатрию, с тех пор было синтезировано множество подобных эффективных средств, включая галоперидол (антипсихотик бутирофенонового ряда), Janssen в 1958 г.

Имипрамин (трициклический антидепрессант) структурно относится к фенотиазиновым антипсихотикам. Выполняя клиническое исследование на аминазиноподобных препаратах, Thomas Kuhn обнаружил, что имипрамин был не очень эффективен для снижения ажитации, у некоторых больных он ослаблял депрессию. Появление ингибиторов моноаминоксидазы (ингибиторы МАО) в терапии депрессий вызвано наблюдением, что антитуберкулезный препарат ипрониазид оказывал на некоторых больных антидепрессивный эффект. Natan Kline был одним из первых исследователей, сообщивших об антидепрессивном влиянии ингибиторов МАО. К 1960 г., с появлением хлозепида (противотревожного препарата из бензодацепинов, синтезированного Sternbach, в конце 1950 г.) лекарственный арсенал психиатров включал антипсихотические вещества (например, аминазин и галоперидол), трициклические (например, имипрамин) и ингибиторы МАО (например, ипрониазид) в качестве антидепрессантов, антиманиакальные вещества (литий) и анксиолитики (например, бензодиазепины в дополнение к более старым препаратам, таким, как барбитураты). Следующие 25 лет были посвящены прежде всего

клиническим исследованиям, демонстрирующим эффективность этих препаратов, и развитию лекарств этого типа, но с несколько измененным составом в каждой категории. Эффективность каждого из этих классов препаратов для лечения относительно специфических психопатологических расстройств и толкование их фармакодинамических эффектов явилось толчком для развития различных нейротрансмиттерных гипотез психических заболеваний (например, дофаминовая гипотеза шизофрении, моноаминовая гипотеза расстройств настроения).

Ниже приводятся некоторые исторические даты в развитии психофармакологии за период 1845—1960 гг.: 1845 — Интоксикация гашишем, предложенная как модель психического заболевания (Moreau). 1869 — Предложение применить хлоралгидрат как способ лечения меланхолии и мании. 1875 — Предложение лечить психические расстройства кокаином (Freud).

1882 — Введение паральдегида. 1892 —Исследования с морфием, алкоголем, эфиром и паральдегидом у нормальных людей (Kraepelin).

1903 — Введение барбитуратов.

1917 — Лечение сифилитических психозов малярийной лихорадкой (Julius von Warner Jauregg).

1922 — Кома, вызванная барбитуратами (Jacob Klaesi). 1927 — Инсулиновые шоки для лечения шизофрении (Manfred Sakel).

1931 — Введение Rauwolfia serpentina (резерпин) (Sen и Bose); получило подтверждение как метод лечения шизофрении в 1953 г. Натаном Кляином. 1934 — Припадки, вызванные коразолом (Pentylentetrasol) (Laszlo von Meduna).

1936 — Фронтальная лоботомия (Egas Moniz). 1938 — Электрошоковая терапия (Ugo Cerletti and Lucino Bini). 1940 — В качестве противосудорожного препарата предложен дифенин (Dilantin sodium) (Tracy Putnam).

1943 — Был синтезирован диэтиламид лизергиновой кислоты (Lysergic acid diethylamine, LSD) (Albert Hofmann). 1949 — Введен литий. 1952 — Введен хлорпромазин.

1955—1958 — Введены трициклические антидепрессанты и ингибиторы моноаминоксидазы. 1960 — Введен хлозепид (Chlordiazepoxide).

С 1960 г. существенным дополнением к психотерапевтическим веществам явились противосудорожные, в частности, карбамазепин и вальпроевая кислота (valproic acid), эффективные при лечении некоторых больных с биполярными расстройствами. Бушпирон (Buspirone), небензодиазепиновый анксиолитик, был внедрен в клиническую практику в Америке в 1986 г. В продаже появился ряд антидепрессантов, хотя некоторые были изъяты из-за опасных побочных эффектов. Ожидается, однако, что зачаточные зна-

ния об основах нейронауки и нейрофармакологии приведут к развитию производства новых психотерапевтических веществ в течение следующей декады.

КЛАССИФИКАЦИЯ ПРЕПАРАТОВ

В этом руководстве используется традиционное деление психотерапевтических препаратов на антипсихотические антидепрессанты, антиманиакальные и анксиолитики и снотворные. Хотя это деление возникло в историческом плане, имеют место по крайней мере четыре причины, по которым эта система может дать толчок к пониманию клинического состояния. Во-первых, лекарство для одного класса может вызывать существенное улучшение при заболеваниях другого класса. Например, литий лечит как манию, так и психоз у «биполярного» больного. Во-вгорых, лекарства одного класса фактически используются для лечения больных с симптомами, относящимися и к другим классам. Например, антидепрессанты могут снижать депрессию у некоторых больных шизофренией. В-третьих, лекарства всех классов применяются для лечения других клинических нарушений, таких как расстройства аппетита, панические реакции и импульсивные расстройства. И, наконец, такие препараты, как клонидин, пропранолол и верапамил, могут оказывать эффект в целом ряде клинических ситуаций и никак не вписываются в существующую классификацию препаратов. Действительно, возможно, более полезно для врача иметь возможность описать фармакотерапевтический подход к определенному расстройству, чем суметь перечислить все препараты определенного класса.

ФАРМАКОКИНЕТИКА И ФАРМАКОДИНАМИКА

Фармакокинетические взаимодействия описывают, как организм поступает с лекарством, фармакодинамические взаимодействия описывают влияние лекарства на организм. Параллельно фармакокинетические взаимодействия лекарства связаны с концентрацией лекарства в плазме, а фармакодинамические взаимодействия лекарства связаны с активностью рецепторов под влиянием препарата.

Фармакокинетика

Основными видами фармакокинетики являются всасывание, распределение, метаболизм и выведение.

Всасывание. Психотерапевтический препарат должен прежде всего достигнуть крови на своем пути к мозгу, если только он не поступает сразу в спинномозговую жидкость. Препараты, принимаемые через рот, должны раствориться в жидкости желудочно-

кишечного тракта (ЖКТ) перед тем, как организм может их всосать. Препараты в таблетках должны иногда распадаться на части быстро или медленно, причем всасывание зависит от концентрации препарата и растворимости липидов, а также от локального рН ЖКТ, подвижности и величины поверхности. Если фармакокинетические факторы всасывания оказываются благоприятными, препарат может достигать терапевтической концентрации в крови более быстро, чем когда он вводится в/м. Если лекарство спаривается с соответствующей молекулой-носителем, внутримышечное введение может поддерживать высвобождение лекарства в течение длительного времени. Некоторые антипсихотические препараты могут назначаться в таких депонированных формах, которые позволяют вводить препарат 1 раз каждые 1—4 нед. Хотя в/в способ введения является быстрейшим для достижения терапевтического уровня в крови, он также связан с самым высоким риском появления внезапных угрожающих жизни побочных эффектов.

Распространение. Препараты могут свободно растворяться в плазме крови, связываться с протеинами плазмы (первичные альбумины) и растворяться в телах клеток. Но если препарат слишком тесно связан с протеинами плазмы, он должен метаболизироваться и выделиться прежде, чем он может покинуть кровяное русло, что очень снижает количество, достигающее мозга. Ион лития представляет собой пример водорастворимого препарата, который не связывается с протеинами плазмы. Попадание препарата в мозг обусловливается гематоэнцефалическим барьером, региональным кровотоком мозга и аффинностью его к рецепторам мозга. Как высокий кровоток, так и аффинность способствуют попаданию препарата в мозг. Лекарства могут также достигать мозга после пассивного проникновения в спинномозговую жидкость из кровотока. Объем распределения является мерой величины, характеризующей ту часть организма, которая может содержать лекарство. Объем распределения может также варьировать в зависимости от возраста, пола больного и его клинического состояния.

Метаболизм и выведение. Метаболизм в определенном смысле является синонимом термина «биотрансформация». Четырьмя основными путями метаболизма являются: окисление, превращение, гидролиз и конъюгация. Хотя обычно результатом метаболизма является получение неактивных метаболитов, которые быстрее выводятся в таком состоянии, чем в родительском соединении, имеется много примеров, когда психоактивные вещества продуцируют активные метаболиты. Основным местом, где совершается метаболизм, является печень, а желчь, фекалии и моча— основные способы выделения. Психоактивные вещества выделяются также с потом, слюной, слезами и молоком, поэтому матери, которые принимают психотерапевтические препараты, не

должны кормить детей молоком. Клиническое состояние или вводимые препараты, которые влияют на способность печени или почек метаболизировать и выводить лекарства, могут как увеличивать, так и уменьшать концентрацию психоактивного вещества в крови.

Четыре важных момента, касающиеся метаболизма и выделения, составляют максимум плазматического уровня, полупериод жизни, эффект первого прохождения и клиренс. Время между введением лекарства и появлением максимальной концентрации лекарства в плазме варьирует в зависимости прежде всего от способа введения и всасывания. Полупериод жизни — это время, необходимое для того, чтобы одна половина максимального уровня концентрации препарата в плазме метаболизировалась и выделилась из организма. Считается, что если лекарство вводится повторно в дозах, разделенных временными интервалами короче, чем полупериод его жизни, то оно достигнет 97% своей устойчивой концентрации в плазме за время, равное пяти полупериодам. Эффект первого прохождения связан с сильным начальным метаболизмом некоторых лекарств в кровотоке воротной вены или печени, что снижает количество неметаболизированного препарата, которое достигает системного кровообращения. Клиренс является мерой количества вещества, выделяемого в единицу времени. Когда болезненный процесс или другое введенное лекарство препятствуют клиренсу психоактивного вещества, препарат может достигнуть токсического уровня.

Фармакодинамика

Основные фармакодинамические положения включают: рецепторный механизм; кривую реакции на дозу; терапевтический индекс и развитие толерантности, зависимости и феномена абстиненции. Рецепторам для лекарства считается клеточный компонент, который связывается с лекарством и инициирует фармакодинамическое влияние препарата. Препарат может быть агонистом для своего рецептора, что стимулирует физиологический эффект; напротив, препарат может быть антагонистом для рецептора в результате того, что наиболее часто рецептор блокируется, так что эндогенный агонист не может влиять на него. Рецептор для большинства психотерапевтических препаратов является обычно также рецептором для эндогенного нейротрансмиттера. Например, первичным для аминазина является дофаминовый рецептор. Однако для других психотерапевтических препаратов это может оказаться не так. Рецептор для лечения может быть ферментом инозитол-1-фосфатазы, а рецептор для верапамила (ингибитор кальциевого канала) является, как правило, кальциевым каналом.

На кривой реакции на дозу графически наносится концентрация

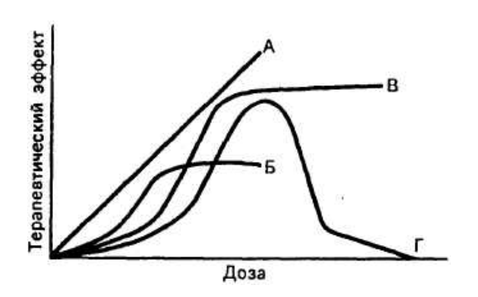


Рис. 1. Примеры кривых, отражающих зависимость реакции от дозы.

и эффекты препарата (рис. 1). Потенциальная возможность лекарства связана с относительной дозой, требуемой для достижения определенного эффекта. Галоперидол, например, имеет большие потенциальные возможности, чем аминазин, так как обычно требуется только 5 мг галоперидола для того, чтобы достигнуть такого же терапевтического эффекта, которым обладают 100 мг аминазина. Однако и галоперидол, и аминазин одинаковы по своей максимальной эффективности, т. е. по максимуму клинической реакции, достигаемой при введении препарата.

Побочные эффекты большинства лекарств часто являются прямым результатом их первичных фармакодинамических эффектов и лучше объяснимы как неблагоприятные эффекты. Терапевтический индекс является относительным показателем токсичности препарата или его безопасности. Он определяется как отношение средней токсической дозы ($ТД_{50}$) к средней эффективной дозе ($ЭД_{50}$). $ТД_{50}$—доза, при которой 50% больных обнаруживают токсический эффект, а $ЭД_{50}$—доза, при которой 50% больных обнаруживают терапевтический эффект. Галоперидол, например, имеет очень высокий терапевтический индекс, как следует из широкого диапазона доз, в которых он прописывается. Напротив, соли лития имеют очень низкий терапевтический индекс, в результате чего требуется тщательный контроль уровня лития в сыворотке, когда назначается этот препарат. Могут иметь место как меж-, так и внутрииндивидуальные различия в реакции на определенный препарат. Каждый больной может оказаться либо гипореактивным, либо иметь нормальную реактивность, либо быть гиперактивным к определенному лекарству. Например, одним больным шизофренией требуется 1 мг галоперидола в день, другим, более часто— 10 мг/сут, а некоторым—100 мг/сут, чтобы достигнуть терапевтической реакции. Идиосинкразические реакции возникают, если у больного появляется определенный нетипичный эффект в результате действия препарата. Например, некоторые больные становятся ажитированными, когда им назначают бензодиазипины (например, реланиум). У человека может снизиться реакция на определенный препарат, если он принимает его длительное время, что называется толерантностью. Развитие толерантно-

сти связано с появлением физической зависимости, которую можно охарактеризовать как необходимость продолжать введение препарата, чтобы предотвратить появление симптомов абстиненции.

УКАЗАНИЯ К КЛИНИЧЕСКОМУ ПРИМЕНЕНИЮ

В клинической психофармакологии требуется большое мастерство как в области диагностики, так и лечения, а также знание о препаратах и способность планировать схему фармакотерапии. Выбор и начало введения препарата должны основываться на истории болезни, текущем состоянии больного и плане лечения. Психиатр должен отчетливо представлять себе цель лечения, время, в течение которого оно будет проводиться, чтобы достигнуть эффекта; способы, которые помогут устранить побочные эффекты, которые могут появиться, а также альтернативные стратегии медикаментозного лечения в случае, если выбранный способ не достигнет цели; необходимо также определить, показана ли больному длительная поддерживающая терапия. Почти во всех случаях врач должен объяснить план лечения больному, а часто его или ее семье и лицам, ухаживающим за больным. Следует принять во внимание реакцию больного на предложенный план лечения. Однако, если врач считает, что приспособление к желаниям больного может повредить лечению, это нужно объяснить больному. Этот метод противоположен лечебному подходу, при котором врач считает, что не следует говорить больному о том, что он намеревается делать больному.

Выбор лекарства

Два первых шага—выбор лекарства, диагноз и идентификация симптомов-мишеней следует предпринимать, пока больной еще не получает лекарственную терапию в течение 1—2 нед. В этот период больной не должен принимать снотворных, поскольку качество сна может оказаться важным для диагностики и определения симптомов-мишеней. Однако, если больной госпитализирован, такой период без лекарств бывает иногда трудно или даже невозможно обеспечить. Часто врачу приходится оценивать симптоматику, когда больной уже принимает одно или два психоактивных лекарства, так что бывает полезно отменить эти лекарства, а затем производить оценку. Исключением из этого может быть случай, когда больной попадет к психиатру, уже получая препарат, являющийся субоптимальным при его состоянии; тогда врач может принять решение продолжать это лечение, только увеличив дозу, чтобы пройти полный курс лечения.

В США больной обычно диагностируется в соответствии с DSM-III-R, а затем назначается фармакотерапия, основанная на

Таблица 6. Сочетания препаратов, используемые в психиатрии

Ингредиенты	Подготовка	Производство	Количество каждого ингредиента	Рекомендуемая доза	Показания	Контроль Д.Е.А.*
Перфеназин и амитрипти-лин	Триавил Этрафон	Merck, Sharp & Dohme Schering	Таблетки —2:25, 4:25, 4:50, 2:10, 4:10	Сначала—таблетки 2:25 или 4:25 Поддерживающая терапия. Таблетки 2:25 или 4:25	Депрессия и связанная с ней тревога	0
Мепробамат и бенактизин	Депрол	Wallace	Таблетки —400:1	Вначале—одна таблетка Поддерживающая терапия — начальная доза может быть увеличена до 6 таблеток в день, затем постепенно доза снижается до самого низкого уровня, обеспечивающего эффект	Депрессия и связанная с ней тревога	IV
Мепробамат и хлорид тригексетила	Мильпат Патибамат	Wallace Lederle	Таблетки—400:25, 200:25	Таблетки по 400:25 во время еды и две таблетки на ночь Одна таблетка во время еды и две таблетки на ночь	Язва желудка и синдром раздражения кишечника	0
Секобарбитал и амобарбитал	Туинал	Lilly	Капсулы — 25:25, 50:50, 100:100	50 — 200 мг на ночь или за час предварительно	Бессонница; профилактическое успокаивающее действие	II
Декстроамфетамин и амфетамин	Бифетамин**	Penwalt	Капсулы, поддерживающие эффект—6,25:6,25	1 капсула утром	Экзогенное ожирение	II

Продолжение

Ингредиенты	Подготовка	Производство	Количество каждого ингредиента	Рекомендуемая доза	Показания	Контроль Д.Е.А.*
Хлордиазепоксид и бромид клинидия	1ибракс	Roche	Капсулы — 5:2,5	Одна или две капсулы, можно перед едой и на ночь	Язва желудка, гастэит, дуоденит, синдром раздражения кишечника, спастический колит и легкий язвенный колит	0
Хлордиазепоксид и амитриптилин	Пимбитрол	Roche	Таблетки—5:12,5, 10:25	Таблетки по 5:12 Значале таблетка 10:25, затем можно увеличить дозу до 6 таблеток в день, если необходимо	Депрессия и связанная с ней тревога	IV

* ДЕ.А

*♦ Министерство продуктов питания и лекарств США рекомендует применять амфетамин для снижения массы тела. Однако в некоторых штатах (Калифорния, Нью-Йорк) разрешается применять эти препараты только в течение небольшого периода для подавления аппетита и при депрессии в течение 3—4 дней, чтобы оценить эффективность некоторых трициклических препаратов.
Авторы, основываясь на собственном опыте, рекомендуют более широкое использование амфетамина в некоторых случаях депрессии, хотя данные по этому вопросу противоречивы.

рекомендациях для этого заболевания. Этот йодход гораздо сложнее, чем тот, который использовался ранее, при котором антидепрессанты применялись при депрессии, литий — при мании, а антипсихотические средства — при шизофрении. Хотя эта классификация лекарств в основном правильна, она недостаточно адекватно отражает сложность и гибкость клинической психиатрии.

Среди препаратов, предназначенных для лечения данного заболевания, надо выбрать определенный, в соответствии с реакцией больного на препарат в прошлом (осложнения, терапевтический эффект и побочные действия), учитывая семейный анамнез данного больного, профиль побочных действий для этого препарата применительно к данному больному, и обычную методику, применяемую психиатром в таких случаях. Если данное средство было ранее эффективно при лечении больного или члена его семьи, его можно использовать снова, если только нет особых причин, по которым его не следует применять. Наличие в прошлом побочных эффектов от применения определенного препарата является веским доводом, что больного не следует опять лечить им. К сожалению, больные и их семьи часто не знают, какие лекарства использовались ранее, в каких дозах и в течение какого времени. Это явление служит отражением тенденции некоторых психиатров не объяснять своим больным, какой курс лечения им проводится; оно должно показать врачам необходимость давать больным письменные инструкции по курсу лечения, чтобы у них были личные записи об этом. Просьба о предоставлении в письменном виде истории о реакциях больного на препарат в прошлом связан еще с психическими особенностями больных, из-за которых они могут неточно сообщать о предшествующих курсах лечения. Если возможно, необходимо иметь медицинские записи о больных, подтверждающие их сообщение. Большинство психотропных препаратов, относящихся к тому же самому классу, обычно обнаруживают одинаковую эффективность; однако эти препараты различаются по своим побочным эффектам на отдельных лиц. Препарат следует выбирать таким образом, чтобы свести к минимуму осложнения, наблюдавшиеся в прошлом у больного, и не допустить их появления в курсе назначаемой терапии.

Комбинация препаратов. В табл. 6 приведены некоторые комбинации лекарств, которые могут- усилить эффективность препаратов с упрощением лекарственного режима. Однако проблема комбинации препаратов состоит в том, что врач уже **не** может гибко определять необходимую дозу каждого компонента.

Нерекомендуемые дозы **и применение.** Часто в клинической практике встречаются случаи, когда лекарства применяются в случаях, для которых они не рекомендуются, и в более высоких дозах, чем рекомендуется. Точка зрения Пищевого и Лекарственного Управления (Food and Administration, FDA) такова, что врачи должны производить назначения в соответствии с установленными нормами. Врачи должны обсуждать это со своими больными и давать подробные разъяснения по поводу проведенной дискуссии в письменном виде. Если врач сомневается относительно плана лечения, он должен посоветоваться с коллегой или поинтересоваться альтернативным мнением больного. В табл. 7 приведены характеристики

Таблица 7. Характеристики препаратов для каждого контрольного уровня Д. Е. А.

Уровень контроля Д.Е.А. (схема)	Характеристики препаратов для каждого **контрольного уровня**	Примеры препаратов на каждом контрольном уровне
I	Высокий потенциал привыкания. В США с медицинскими целями не используются в настоящее время и поэтому не выписываются	ЛСД, героин, марихуана, мескалин, псилоцибин, тетрагидроканнабинолы, никокодеин, никоморфин и др.
II	Высокий потенциал привыкания. Предрасполагают к развитию тяжелой зависимости, физической и психической	Амфетамин, опий, морфин, кодеин, гидроморфин, фенметразин, кокаин, амобарбитал, секобарбитал, пентобарбитал, метилфен диат и др.
III	Потенциал привыкания меньше, чем уровни I и II. Умеренная или низкая предрасположенность к физической зависимости. Высокая предрасположенность к психологической зависимости	Глутетимид, метиприлон, «PCP», налорфин, сульфонметан, бензфетамин, фендиметразин, хлортермин, мазиндол, хлорфентермин, сложные вещества, содержащие кодеин, морфин, опий, гидрокодон, дигидрокодеин и другие
IV	Низкий потенциал привыкания. Ограниченная предрасположенность к физическому привыканию. Ограниченная предрасположенность к психологическому привыканию	Барбитал, фенобарбитал, бензодиазепины, хлорал гидрат, этхлорвинол, этиманат, мепробамат, паральдегид, и др.
V	Самый низкий потенциал привыкания на всех уровнях контроля.	Наркотические вещества, содержащие ограниченное количество ненаркотически активных медицинских ингредиентов

лекарств в соответствии с контрольным уровнем законодательного Управления Лекарствами (Drug Enforcement Administration, D. E.A), и врачам советуют соблюдать большую осторожность, прописывая препараты класса II, чем другие лекарства.

Терапевтические курсы. Терапевтический курс лекарства должен длиться соответственно заранее установленному времени. Поскольку поведенческие симптомы труднее оценить, чем другие физиологические нарушения (например, гипертензию), особенно важно для специфических симптомов-мишеней, чтобы они были идентифицированы в начале курса лечения. Врачи и больной могут далее оценивать эти симптомы-мишени в курсе лечения, чтобы определить, эффективно ли лечение. Имеется целый ряд объективных оценочных шкал (например BPRS, SADS) для определения эффективности курса лечения. Если препарат неэффективен в уменьшении симптомов-мишеней в течение определенного периода времени и если обнаруживаются другие причины, по которым эффект может отсутствовать, следует снизить дозу и отменить препарат. Мозг не является нейрохимической констелляцией, реагирующей на включение и выключение (on-and-off switches), напротив, он представляет собой сеть нейронов со сложным гомеостазом. Поэтому резкое прекращение введения практически всех психоактивных веществ способно обусловить последующее нарушение функций. Другой типичной клинической ошибкой является назначение дополнительного препарата без прекращения введения предыдущего. Хотя иногда это целесообразно (например, назначение лития при безрезультатном лечении антидепрессантами), часто в результате такой тактики наступает ре-

зистентность к терапии и возникают побочные эффекты; иногда же врач не может определить, отчего терапия оказалась эффективной в результате действия одного препарата или их комбинации.

Терапевтические неудачи. Отсутствие эффекта специфического курса лечения должно подсказать врачу, что необходимо рассмотреть целый ряд возможностей. Во-первых, правильно ли поставлен диагноз? Этот пересмотр должен показать, не пропущено ли имеющееся органическое поражение мозга, включая, например, поражения в результате пристрастия к какому-либо веществу. Во-вторых, являются ли оставшиеся нарушения действительно побочными действиями препарата, или же они связаны с самим заболеванием? Антипсихотические препараты, например, могут вызывать акинезию, которая напоминает психотическую абстиненцию, или акатезию и злокачественный нейролептический синдром, который напоминает психотическую ажитацию. В-третьих, вводился ли препарат в достаточных дозах и в течение достаточно длительного периода времени? У больных может сильно различаться способность к всасыванию и скорость обмена веществ для одного и того же лекарства, и чтобы получить эти данные, надо исследовать уровень препарата в плазме. В-четвертых, имело ли место фармакокинетическое или фармакодинамическое взаимодействие с другим препаратом, который принимал больной, что снизило эффективность психотропного препарата? В-пятых, действительно ли больной принимал препарат в соответствии с инструкцией? Неподатливость действию препарата является очень частой клинической проблемой. Причины ее — сложность режима лечения: назначается более одного препарата (и их нужно принимать чаще одного раза в день), побочные эффекты (особенно, если врач их не замечает) и плохая осведомленность больного относительно плана лечения.

Обучение больного

Как уже говорилось, больные должны знать свой диагноз, симптомы-мишени, которые, как предполагается, должны исчезнуть под влиянием препарата, период времени, в течение которого им следует получать лекарство, как ожидаемые, так и неожидаемые побочные эффекты, а также схему лечения, которое будет проведено в случае неудачи проводимой терапии. Хотя некоторые психические расстройства нарушают способность больных понять эту информацию, врач должен насколько возможно полагаться на эту информацию. Ясное представление гораздо менее пугает, чем фантазии больных относительно лечения. Важно сказать больным, сколько потребуется времени для успешного лечения. Этот фактор, возможно, является наиболее критическим, когда у больных имеют место расстройства настроения, а терапевтический эффект может отсутствовать 3—4 нед.

Побочные эффекты. Обычно, если больные заранее знают о возможности побочных эффектов, они причиняют меньше неприятностей. Имеет смысл объяснять появление побочных эффектов тем, что лекарство оказывает свое действие. Но врачи должны уметь различать возможные или ожидаемые побочные действия и редкие или неожиданные побочные действия.

Крайне выраженным побочным эффектом действия лекарств является попытка больного совершить самоубийство путем передозировки психотропного препарата. Согласно одной психодинамической теории такого поведения, такие больные испытывают гнев по отношению к своим врачам за то, что они не могут помочь им. Какова бы ни была мотивация, психиатры должны принимать во внимание этот риск и прописывать дозы, являющиеся, по возможности, безопасными. Хорошим примером является выдача рецептов на один раз и назначение неболь-

ших доз, когда существует риск суицида. В крайних случаях надо делать попытки проверять, что больной действительно принимает лекарство, а не накапливает его для совершения суицида. То, что больной может совершить суицид сразу же после некоторого улучшения, в психиатрии является типичным явлением. Поэтому надо быть особенно осторожными, когда приходится выписывать большие дозы препаратов до тех пор, пока больной почти полностью поправится. Существует и другой риск случайной передозировки, особенно у детей, находящихся дома. Следует также объяснять больным необходимость держать психотропные препараты в надежном месте.

Отношение больных к лекарствам. Некоторые больные имеют амбивалентную установку по отношению к лекарствам, что часто отражает состояние неразберихи, существующее в отношении фармакологического лечения в психиатрии. Больные часто боятся, что, принимая лекарство, они будут плохо себя чувствовать, не смогут управлять своей жизнью или же у них возникнет привыкание и им придется всю жизнь принимать эти препараты. Наиболее простой подход к разрешению этой проблемы — описать психическое заболевание частично как заболевание мозга, аналогично тому, как диабет является заболеванием поджелудочной железы. Часто полезно нарисовать нейроны, чтобы продемонстрировать, как препарат действует на мозг. Врачи должны объяснять разницу между препаратами, вызывающими привыкание, которые нарушают нормальную жизнедеятельность мозга, и лекарствами, применяемыми в психиатрии, которые используются для лечения эмоциональных расстройств. Следует объяснить больным, что антипсихотические препараты, антидепрессанты и препараты против мании не вызывают привыкания, в отличие, например, от героина. Ясное и честное мнение, которое врач должен высказать больному относительно того, сколько времени больному понадобится принимать лекарство, помогает больному привыкнуть к мысли о необходимости хронической поддерживающей терапии, если действительно это необходимо. В некоторых случаях более целесообразно, чтобы врач возлагал на больного ответственность за успех лечения, причем эта ответственность должна возрастать по мере того, как повышается эффективность лечения. Это иногда помогает больным чувствовать себя более независимым и от лекарств.

Согласие после получения информации. Согласие после получения информации представляет собой термин, указывающий, что больной дал согласие на курс лечения после того, как получал информацию о целесообразности проведения ему данного лечения, а также о риске, связанном с данным лечением. В некоторых штатах требуется, чтобы больной подписал документ, подтверждающий, что он дает согласие, и некоторые врачи применяют это и в тех штатах, где юридически этого не требуется. Ясно, что иногда психически больной не способен понять, и ему трудно оценить информацию. В результате этого возникает этическая дилемма, которую лучше всего разрешать, поддерживая дух закона и пытаясь сосредоточить на проблеме все возможности больного. Если возникают сомнения в том, что больной может принять подобное решение, надо советоваться с его семьей, друзьями, опекунами или обращаться в юридическую консультацию.

Особые проблемы

Дети. Особое внимание должно быть уделено случаям, когда психотропные препараты назначают детям. Хотя в связи с меньшей массой тела детям назначают меньшие дозы, чем взрослым, из-за более высокого уровня обмена веществ у детей, им требуется большее число миллиграммов на килограмм массы тела. На практике, лучше всего начинать с небольших доз до получения видимого клинического эффекта. Однако можно без колебания назначать взрослые дозы детям, у которых наблюдается хороший эффект и отсутствуют побочные действия.

Пожилые больные. Два основных положения при лечении стариков психотропными препаратами состоят в том. что у пожилых лиц могут часто наблюдаться побочные эффекты (особенно связанные с сердечной деятельностью), и они метаболизируют препараты более медленно, поэтому им надо назначать более низкие дозы. Другое положение состоит в том, что гериатрические больные часто прини-

-ют другие лекарства, поэтому надо тщательно исследовать возможное взаимо-. йствие препаратов. На практике психиатры должны начинать лечение гериатри- .ких больных с малых доз, приблизительно половину обычной дозы. Дозу надо степенно понемногу повышать, делая это более медленно, чем у больных сред-- ггo возраста, до тех пор, пока либо будет достигнут терапевтический эффект, либо появится побочное действие. Хотя многим гериатрическим больным надо назначать малые дозы, многим из них требуются обычные взрослые дозы.

Беременные и кормящие женщины. Основное правило — избегать введение любого препарата беременной женщине (особенно в течение первого триместра) или же женщине, которая кормит. Это правило, однако, иногда приходится нарушать, когда у матери развивается слишком тяжелое психическое расстройство. Если психотропные препараты приходится вводить во время беременности, то нужно обсудить вопрос о прерывании беременности. Наиболее опасными являются литий и противосудорожные препараты. При введении лития во время беременности отмечается наиболее высокий уровень рождаемости больных детей. Другие психоактивные препараты (антидепрессанты, антипсихотические средства и анксиолити-ки), хотя и не так сильно связаны с рождаемостью детей с дефектами, все же по возможности их следует избегать назначать во время беременности. Наиболее часто наблюдается ситуация, когда у беременной женщины развивается психоз. Если принимается решение о сохранении беременности, предпочтительнее вводить антипсихотические препараты, чем литий.

Введение психотропных средств во время родов или незадолго перед ними может обусловливать внешний седативный эффект у ребенка при родах, в результате чего требуется искусственное дыхание, или у него обнаруживается зависимость к препарату, так что требуется дезинтоксикация и лечение синдрома абстиненции. Практически все психотропные препараты проникают в молоко, поэтому матери не рекомендуют кормить ребенка.

Соматически неблагополучные больные. При рассмотрении вопроса о введении психотропных препаратов соматически неблагополучным больным следует учитывать возможность повышения чувствительности к побочным эффектам либо усиление, либо ослабление метаболизма и выделения препарата, а также взаимодействие его с другими лекарствами. Как и в отношении детей и пожилых больных, наиболее разумно начинать с малых доз, постепенно повышать их и следить за терапевтическим эффектом и побочными действиями. Очень полезным является тестирование уровня препарата в плазме.

ПСИХОФАРМАКОЛОГИЯ И ПСИХОТЕРАПИЯ

Цель как психофармакологии, так и психотерапии — помочь больным. Если никакая из этих модальностей не помогает достигнуть цели, психиатр должен придумать, как исправить ситуацию. Применение нестандартного подхода к терапии требует от психиатра, назначающего психофармакологические средства, и от психотерапевта выдающегося врачебного таланта. Двумя вызывающими сожаление клиническими ошибками являются избегание курса лечения, ограниченного во времени, для того, чтобы поддерживать чистоту психофармакологических отношений, и амбивалентность психиатра в отношении курса лечения; эти факторы способствуют неудаче в лечении или резистентности больного к нему.

ПРОДОЛЖЕНИЕ ОБРАЗОВАНИЯ

Практика психофармакологического лечения постоянно меняется, поэтому психиатры должны одновременно с назначением

определенной терапии изучать развитие других направлений и уметь оценить сообщения об эффективности новых препаратов. Когда бы психиатр ни применял новый препарат, он должен изучить всю имеющуюся в распоряжении литературу по этому препарату, и, возможно, посоветоваться с коллегами.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

Baldessarini R. J. Chemotherapy in Psychiatry: Psinciples and Practice. Harvard University Press, Cambridge, MA, 1985.

Bassuk E.L., Schooner S.C., Gelenberg A.J. The Practitioner's Guide to Psychoactive Drugs, ed. 2. Plenum, New York, 1983.

Costa E., Greengard P., ediors: Advances in Biochemical Psychopharmacology, vol. 1. Raven Press, New York, 1987.

Gilman A.G., Goodman L. S., Rail T. W., Morad F. Goodman and Gilman's: The Pharmacological Basis of Therapeutics, ed. 7. Macmillan, New York, 1985.

Gold IV. S., Lydiard R.B., Garman J.S. Advances in Psychopharmacology: Predicing and Improving Treatment Response. CRC Press, Boca Raton, FL, 1984.

Klein D.F., Gilleman R., Quitkin F., Rifkin A. Diagnosis and Drug Treatment of Psychiatric Disorders: Adults and Children, ed. 2. Williams and Wilkins, Baltimore, 1980.

Lake C.R., editor Clinical Psychopharmacology, vols. 1, 2. Psychiatr. Clin. fo North Am. 7:3; 7:4. Saunders, Philadelphia, 1984.

Lipton M., DiMascio A., Killam K.F. Psychopharmacology: A Generation of Progress. Raven Press, New York, 1978.

Meltzer H. Y. Psychopharmacology: The Third Generation of Progress, Raven Press, New York, 1987.

Schatzberg A.F., Cole J.O. Manual of Clinical Psychopharmacology. American Psychiatric Press, Washington, DC, 1986.

24.2. ПРЕПАРАТЫ. ИСПОЛЬЗУЕМЫЕ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ПСИХОЗОВ

ВВЕДЕНИЕ

Лекарства, применяемые для лечения психозов, называются по-разному: антипсихотическими, нейролептиками или большими транквилизаторами. В этой главе используется термин «антипсихотик» как более точно описывающий основной терапевтический эффект этих препаратов. Термин «нейролептик» в большей степени относится к неврологическим или моторным эффектам этих препаратов. Термин «большие транквилизаторы» неточно определяет первичный эффект этих препаратов как просто седативный и создает путаницу из-за так называемых «малых транквилизаторов», таких как бензодиазепины. Типичной ошибкой является применение термина «фенотиазины» как синонима термина «антипсихотики», поскольку фенотиазиновые антипсихотики являются только подклассом антипсихотических препаратов.

Основная область применения антипсихотиков—лечение шизофрении, хотя эти препараты также используются для лечения

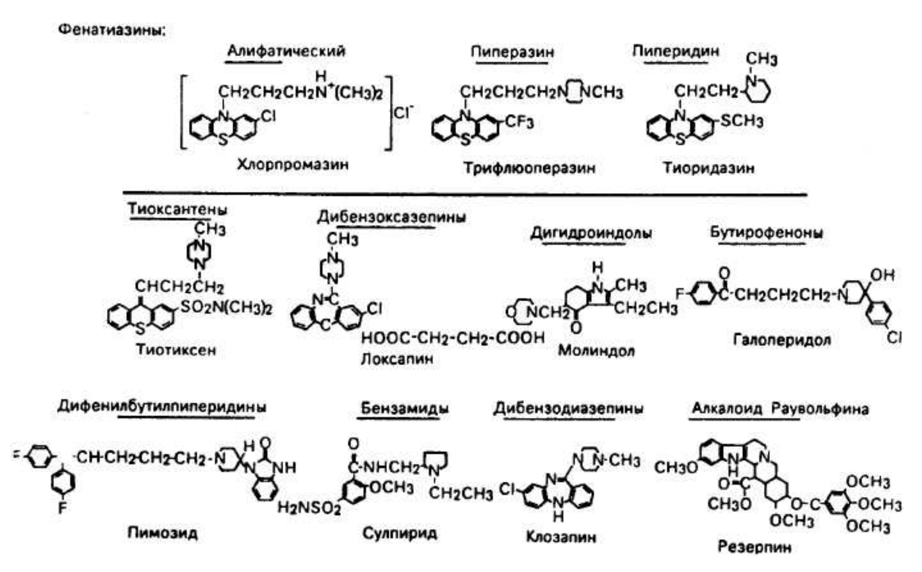


Рис. 2. Молекулярная структура типичных антипсихотических препаратов.

ажитации и психозов, вызванных другими психическими и органическими заболеваниями. Антипсихотики не вызывают или почти не вызывают привыкания и, таким образом, не относятся к препаратам, требующим контроля. Хотя антипсихотики не во всех случаях излечивают шизофрению, они вызывают улучшение у многих больных, чего ранее не удавалось добиться ни одним из методов. Применение антипсихотиков снизило число госпитализированных больных с более чем 500000 в 1950 г. до приблизительно 100000 в 1985 г. Это уменьшение числа госпитализированных больных в значительной степени связано с применением антипсихотических препаратов. Тем не менее, хотя антипсихотики позволяют многим больным находиться вне больницы и существовать в обществе, эти же самые препараты также частично обусловливают проблему бездомных психически больных. Антипсихотики вызвали у больных улучшение состояния, достаточное для того, чтобы они могли обходиться без госпитализации, в то же время план деинституционализации оказался недостаточно хорошо разработанным для того, чтобы обеспечить амбулаторное лечение большинству больных, которые обнаруживают значительные нарушения.

КЛАССИФИКАЦИЯ

Имеется девять классов препаратов, которые можно объединить как антипсихотические средства (рис. 2).

Фенотиазины

Все фенотиазины имеют одинаковое ядро, состоящее из трех колец, которые, однако, различаются по боковой цепи, присоединенной к атому азота (N) среднего кольца. Фенотиазины подразделены в соответствии с алифатической (например, аминазин), пиперазиновой (например, фторфеназин) или пиперидиновой (например, тиоридацин) природой этой цепи.

Тиоксантены

Тиоксантены — ядра из трех колец, отличающиеся от фенотиазиновых ядер заменой атома азота на атом углерода в среднем кольце. Имеются две формы тиоксантенов—либо с алифатической (хлорпротиксен), либо с пиперазиновой (тиотиксен) боковой цепью.

Дибензоксазепины

Дибензоксазепины основаны на другой модификации фенотиазинового ядра с тремя кольцами. Единственным дибензоксазепином, имеющимся в США, является локсапин (Loxapine), который имеет теперазиновую боковую цепь.

Дигидроиндолы

Единственный дигидроиндол, имеющийся в США, молиндон (Molindone), обладает несколько необычными свойствами такими, как то, что он не вызывает прибавки массы тела и, возможно, является менее эпилептогенным, чем фенотиазины.

Бутирофеноны

В США имеются лишь два бутирофенона—галоперидол и дроперидол. Первый, возможно, наиболее широко распространен как антипсихотик, а последний используется как вспомогательное средство в анестезиологии. Некоторые исследователи, однако, применяют дроперидол (Inapsine) в/в как антипсихотик в ситуациях, требующих неотложной помощи. Спироперидол (Spiroperidol) является сложным бутирофеноном, широко используемым в исследованиях для того, чтобы метить дофаминовые рецепторы.

Дифенилбутирофеноны

Дифенилбутирофеноны по своей структуре несколько сходны с бутирофенонами. Только бутирофенон пимозид (Pimozid, Огер), имеющийся в США, используется лишь для лечения синдрома Ту-

^етта. Однако в Европе пимозид считается эффективным антипсихотическим средством. Противоречивые данные относительно :-ффективности пимозида могут быть связаны с тем, что он редуцирует дефицитарные проявления при шизофрении более чем другие антипсихотические препараты.

Бензамиды

Производные бензамидов в США отсутствуют, однако имеются данные о том, что сульпирид (Sulpiride) является эффективным антипсихотическим средством, имеющим значительно меньше побочных эффектов, чем другие антипсихотики.

Дибензодиазепины

В настоящее время клозапин не применяется в США из-за того, что он может обусловливать агранулоцитоз. Клозапин, однако, представляет интерес для исследователей благодаря отсутствию побочных эффектов, которые имеют место при применении других антипсихотических препаратов. Эти уникальные характеристики могут подсказать FDA одобрить применение клозапина для лечения психических нарушений. Клозапин не следует путать с клоназепамом, являющимся бензодиазепином.

КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ

Антипсихотики превышают плацебо в лечении острой и хронической шизофрении, а также в снижении ажитации и психотического поведения. Приблизительно у 70% больных отмечается значительное улучшение при лечении антипсихотическими препаратами. Начало седативного действия быстрое, часто в течение 1 ч после в/м введения этих препаратов. Антипсихотическое действие более медленное, но наибольший терапевтический эффект появляется в течение первых 6 нед лечения. Однако улучшение клинического состояния может продолжаться вплоть до 6 мес. Антипсихотики наиболее эффективны против позитивных симптомов психоза, таких, как ажитация и галлюцинации. Хотя меньше всего антипсихотики действуют на негативные симптомы, при длительном лечении многие больные становятся менее социально изолированными.

ФАРМАКОКИНЕТИКА

Хотя фармакокинетические детали у разных антипсихотиков очень различны (например, полупериод жизни варьирует от 10 до 20 ч), наиболее важно в практическом смысле, что все антипсихотики, имеющиеся в США в настоящее время, можно давать в од-

ной дозе, когда состояние больного стабильное и поддается коррекции в отношении побочных действий. Большинство антипсихотиков неполностью всасываются после введения через рот. Кроме того, большинство из них тесно связываются с протеинами плазмы, распространяются в определенном объеме и растворяются в липидах. Антипсихотические препараты метаболизируются в печени, и сохраняется устойчивый уровень в плазме в течение 5 и 10 дней. Имеются данные о том, что после нескольких дней введения хлорпромазин тиотиксен и тиоридазин воздействуют на метаболизирующие ферменты, что снижает их концентрацию в плазме. Аминазин пользуется дурной славой среди антипсихотиков, поскольку он имеет более 150 метаболитиков, часть из которых является активными. Неалифатические фенотиазины и бутирофеноны имеют очень мало метаболитов, но мнение относительно их активности остается противоречивым. Потенциальное наличие активных метаболитов осложняет интерпретацию уровня концентрации препарата в плазме, который указывает лишь на наличие родительского вещества.

ФАРМАКОДИНАМИКА

Способность антипсихотических препаратов редуцировать патологические проявления тесно коррелирует с аффинитетом этих препаратов к дофаминовым рецепторам (Тип-2) (D_2). Механизм терапевтического действия для антипсихотических препаратов, как предполагается, состоит в том, что они являются антагонистами рецептора D_2, предотвращая связывание эндогенного дофамина с этим подтипом дофаминергического рецептора. Мезолимбические, а, возможно, и мезокортикальные дофаминергические пути, по-видимому, являются образованиями, в которых совершается антипсихотическое действие. Против этой гипотезы свидетельствуют три фактора. Во-первых, хотя блокирующий эффект рецепторов антипсихотиками совершается мгновенно, для полного развития антипсихотического действия необходимы недели. Это наблюдение позволяет предположить, что какое-то, более медленно развивающееся гомеостатическое действие в мозге и является фактическим механизмом действия, вызывающим антипсихотический эффект этих препаратов. Во-вторых, больной может реагировать на один из препаратов и не реагировать на другой. Эта разница в индивидуальной реакции не может быть объяснена с позиций модели блокирования 0_2-рецепторов, что заставляет предполагать участие других нейротрансмиттерных систем в возникновении терапевтического эффекта этих препаратов. В-третьих, хотя корреляция эффектов блокирования дофамина со способностью к антипсихотическому клиническому действию привела к возникновению дофаминергической гипотезы шизофрении, факты свидетельствуют о том, что эти препараты редуци-

Таблица 8. Родство* некоторых антипсихотических веществ с некоторыми нейротрансмиттерными рецепторами**

Антипсихотический препарат: общее название (торговое название)	Реце пторы					
	дофаминовые	гнета!* •шновые		адренерп «ческие		мускариновые
	&	Н.		ai		
Хлорпромазин (Тхоразин)	5,3	11	0,033	38	0,13	1,4
Хлорпротиксен (Таракан)	13					
Флуфеназин (Пермитил, Проликсин)	125	4,8		22	0,064	0,053
Галоперидол (Галдол)	25	0,053	0,0034	16	0,026	0,0042
Локсапин (Локситан)	1.4	20		3.6	0,042	0,22
Мезоридазин (Серентил)	5,3	55		50	0,062	1,4
Молиндон (Мобан)	0,83	0,00081	0,00142	0,040	0,16	0,00026
Перфеназин (Трилафон)	71	12		10	0,20	0,067
Прохлорперазин (Компазин)	14	5,3		4,2	0,059	0,18
Тиоридазин (Меллерил)	3.8	6.2		20	0,12	5.6
cis-Тиотиксен (Наван)	222	17	0,0213	9,1	0,50	0,034
Трифлуоперазин (Стелазин)	38	1,6		4,2	0,038	0,15

* 10"' x $1/K_d$ — равновесие константы диссоциации в молярности. Все рецепторы из мозга человека, за исключением гистаминного Н- рецептора, который был из мозга морской свинки.

♦• Более высокое численное значение указывает на большее связывание и больший антагонизм данного рецептора.

Таблица 9. Антипсихотические препараты, торговые названия и эффективность

Общее название	Торговое название	Эффективность мг вещества, равная 100 мг хлорпромазина
Фенотиазины		
Алифатические		
Хлорпромазин	Тхоразин и	100
Трифлупромазин	Общий Весприн	25—50
Пиперазим		
Прохлорперазин	Компазин	15
Перфеназин	Трилафон	10
Трифлуоперазин	Стелазин	3—5
Флуфеназин	Проликсин и Пермитил	1,5-3
Ацетофеназин	Тиндал	25
Бутаперазин	Репойз	10
Карфеназин	Прокетазин	25
Пиперидин		
Тиоридазин	Мелларил	100
Мезоридазин	Серентил	50
Пиперацетазин	Квайд	10
Тиоксантены		
Хлорпротексин	Тарактан	50
Тиотиксен	Наван	2—5
Дибензоксазепин		
Локсапин	Локситан	10-15
Дигидроиндол		
Молиндон	Мобан и Лидон	6—10
Бутирофеноны		
Галоперидол	Галдол	2—5

♦ Рекомендованные взрослые дозы составляют 200—400 мг/сут или эквивалентное количество другого препарата.

руют психотическую симптоматику независимо от диагноза. Таким образом, терапевтическое действие блокирования дофаминовых рецепторов не является специфическим лишь для шизофренической психопатологии.

Большинство неврологических и эндокринных побочных эффектов антипсихотических препаратов может быть объяснено блокадой дофаминовых рецепторов. Однако разные антипсихотики блокируют также норадренергические, холинергические и гистаминергические рецепторы, что обусловливает побочные эффекты, наблюдающиеся под влиянием этих препаратов (табл. 8).

Хотя способность к антипсихотическому действию сильно варьирует у различных людей (табл. 9), все имеющиеся в распоряжении антипсихотические препараты одинаково эффективны при лечении шизофрении. Нет никаких подтипов шизофрении и подвидов симптомов, которые оказались бы более подверженными действию какого-либо одного класса антипсихотиков (с неоднозначным исключением, которое представляет собой пимозид для

негативных симптомов). Терапевтический индекс для антипсихотиков очень благоприятен и вносит свой вклад в неверную, рутинную манеру применения высоких доз препарата. Более поздние исследования кривой реакции на дозы антипсихотиков указывают, что дозы от 5 до 10 мг галоперидола одинаково эффективны для лечения как острой, так и хронической шизофрении.

Антипсихотики, в частности галоперидол, имеют кривую реакции в виде колокола. Высокие дозы антипсихотиков могут привести к таким неврологическим нарушениям, как акинезия или акатезия, которые трудно отличить от экзацербаций психоза. Более того, чрезмерно высокие дозы некоторых антипсихотических препаратов становятся менее эффективными в отношении редуцирования психотических симптомов. Галоперидол, в частности, может иметь такое терапевтическое окно (уровень содержания в плазме от 8 до 18 мг/мл).

Хотя у больных может развиваться толерантность к большинству побочных эффектов, вызванных антипсихотиками, толерантности к антипсихотическому действию не возникает. Тем не менее разумно постепенно снижать дозы препаратов перед их отменой, так как может иметь место эффект «отдачи» (rebound effect) от других нейротрансмиттерных систем, которые были блокированы этими препаратами. Холинергическая «отдача», например, может вызывать у больных синдром, подобный гриппу. Теоретически возможно также, что резкая отмена антипсихотиков может вызвать обострение психотической симптоматики.

ПОКАЗАНИЯ

Идиопатические психозы

Идиопатические психозы включают шизофрению, шизофрениформные расстройства, шизоаффективные расстройства, бредовые расстройства, кратковременные реактивные психозы, мании и психотические депрессии. Антипсихотики эффективны как при остром, так и при хроническом течении этих заболеваний; таким образом, они могут редуцировать острые симптомы и предотвращать развитие будущих экзацербаций. Антипсихотики часто применяются в комбинации с антиманиакальными препаратами для лечения мании и в комбинации с антидепрессантами для лечения психотической депрессии. В связи с потенциальной возможностью побочных эффектов при повторном введении антипсихотиков поддерживающая терапия этими препаратами показана прежде всего при шизофрении и в некоторых случаях при шизоаффективных расстройствах.

Вторичные психозы

Вторичные психозы связаны с наличием патологии органического характера, например, опухоли мозга или зависимости к какому-либо веществу. Чем выше антипсихотические свойства, тем безопаснее их применение у таких больных, поскольку они имеют более низкий кардиогенный и эпилептогенный потенциал. Антипсихотические препараты не следует использовать для лечения лекарственной зависимости или абстиненции, если имеет место повышенный риск возникновения при-

падков. В этом случае предпочтительным препаратом являются бензодиазепины. Однако вторичный психоз, обусловленный зависимостью и амфетамином, является показателем к проведению нейролептической терапии, если требуется фармакологическое лечение.

Тяжелая ажитация или поведение с применением насилия

Введение антипсихотиков успокаивает наиболее ажитированных больных или агрессивных больных, хотя в некоторых случаях показано применение седативных средств (например, бензодиазепинов или барбитуратов). Ажитация, связанная с делирием и деменцией, наиболее часто наблюдающаяся у пожилых людей, является показанием к применению антипсихотиков. Небольшие дозы препаратов с выраженным антипсихотическим действием (например, галоперидол 0,5—1 мг/сут) являются предпочтительными относительно повторного введения, антипсихотиков при разрушительном поведении у умственно неполноценных детей мнения противоречивы.

Расстройства движения

Расстройства движения как при психозах, так и при болезни Гентингтона часто лечат антипсихотическими препаратами. Эти препараты также используются для лечения двигательных и речевых нарушений при синдроме Туретта.

Другие показания

Применение тиоридазина для лечения депрессии с выраженной тревогой или ажитацией одобрены FDA. Некоторые врачи используют малые дозы антипсихотиков (0,5 мг галоперидола или 25 мг аминазина 2—3 раза в день) для лечения выраженной тревоги. Кроме того, некоторые исследователи используют антипсихотики для лечения расстройств поведения у больных с пограничными личностными расстройствами. Но из-за возможности длительных побочных эффектов, антипсихотики при этих состояниях должны использоваться только после попыток применить другие, более часто используемые при них препараты.

РУКОВОДСТВО К ПРИМЕНЕНИЮ

Антипсихотические препараты безвредны, и иногда, если необходимо, врач может назначать их, не проводя физического или лабораторного обследования больного. Серьезными противопоказаниями к применению антипсихотиков являются: 1) наличие в анамнезе тяжелых аллергических приступов; 2) возможность того, что больной принял вещество, которое может взаимодействовать с антипсихотиком, что в свою очередь может обусловить подавление ЦНС (например, алкоголь, опиоиды, барбитураты, бензодиазепины) или антихолинергический делирий (например, скополамин, возможно, фенциклидин); 3) наличие тяжелой патологии сердечной деятельности; 4) высокий риск возникновения припадков, вызванных органическими или идиопатическими факторами (т.е. факторами неизвестного происхождения); 5) наличие глаукомы, если надо применять антихолинергический антипсихотик. Однако при обычном лабораторном анализе желательно

определить клеточный состав крови, получить результаты функциональных проб печени, а также ЭКГ, особенно у женщин старше 40 лет и у мужчин старше 30 лет.

Выбор препарата

Необходимо руководствоваться общими указаниями по выбору определенного психотерапевтического препарата (раздел 25.1). Если нет какого-либо доминирующего фактора, выбор должен основываться на профиле побочных действий, как описано ниже, и предпочтении врача. Хотя нейролептики, обладающие более высокой антипсихотической активностью, связаны с большими неврологическими побочными действиями, клиническая практика свидетельствует в пользу их применения, поскольку других побочных эффектов (например, сердечных, гипотензивных, эпилептогенных, сексуальных и аллергических) больше при применении более слабых нейролептиков. В психиатрии имеется миф о том, что гипервозбудимые больные лучше реагируют на аминазин потому, что он обладает более сильным седативным свойством, тогда как аутичные эффектные больные лучше реагируют на более сильные антипсихотики, такие как фторфеназин. Это мнение никогда не было оправданным; более того, если желаемая цель—седативный эффект, то следует различать либо дробные дозы, либо седативный препарат (например, бензодиазепины).

Клинические наблюдения, подтвержденные некоторыми исследованиями, состоят в том, что неблагоприятная реакция больных на первую дозу антипсихотика коррелирует в высокой степени с плохой реакцией в будущем и резистентностью. Такая реакция включает субъективное неприятное ощущение, чрезмерный седативный эффект и острую дистонию. Если больной жалуется на такие явления, возможно, следует сменить препарат.

Неудачи в курсе лечения. В остром состоянии практически все больные реагируют на повторные дозы антипсихотика (вводимые каждые 1—2 ч внутримышечно или каждые 2—3 ч внутрь), иногда комбинируемые с бензодиазепинами. Отсутствие реакции больного, находящегося в остром состоянии, должно насторожить врача в отношении возможного органического заболевания.

Основной причиной неудачных курсов лечения является недостаточная продолжительность курса. Типичной ошибкой является также увеличение дозы или замена антипсихотического препарата в течение 2 первых недель лечения. Если у больного имеет место улучшение в процессе проведения ему назначенного курса лечения к концу этого периода, то продолжение этого же курса лечения может сопровождаться стойким клиническим улучшением. Если, однако, больной не обнаруживает никакого улучшения в течение 2 нед, следует рассмотреть возможные причины неудачи, включая резистентность (см. раздел 24.1). У истинно резистентного больного имеются показания к применению жидких препаратов или депонированных форм фторфеназина или галоперидола. Из-за больших индивидуальных различий в метаболизме этих препаратов имеет смысл определять их уровень в плазме, если лабораторные возможности позволяют это. Терапевтический диапазон уровня галоперидола в плазме — от 8 до 18 мг/мл; терапевтический диапа-

зон для других антипсихотических препаратов менее определенный, и его лучше всего определить, исследуя его эффект.

Обнаружив другие возможные причины, лежащие в основе неудачи курса лечения антипсихотиками, имеет смысл попытаться применить другой антипсихотик, отличающийся по структуре от первого. Дополнительные стратегии включают добавление или отмену совместно вводимого антипсихотического препарата, комбинацию антипсихотика с литием, карбамазепином или бензадиазепинами или так называемую терапию мегадозами. Терапией мегадозами называется использование очень высоких доз антипсихотиков (в диапазоне от 100 до 200 мг галоперидола в день). При использовании этой стратегии для проведения курса лечения устанавливается определенное время (приблизительно 1 мес). Если улучшение не наступает, следует отменить высокие дозы. Электрошоковая терапия является альтернативным видом лечения, если удовлетворительный эффект фармакотерапии отсутствует.

Комбинация антипсихотических препаратов. Экспериментально не выявлено, что комбинация двух антипсихотических препаратов имеет более высокий терапевтический эффект, чем одиночный препарат, однако показано, что эта комбинация может оказаться небезопасной. Единственным обоснованным показанием для нее может явиться необходимость применения высокого активного антипсихотического препарата, не обладающего седативным эффектом, и седативного препарата со слабой антипсихотической активностью на ночь. Эта схема показана редко, так как однократное назначение на ночь почти всегда сопровождается антипсихотическим действием в течение следующего дня.

Дозы и схема

Разные больные реагируют на разные дозы антипсихотических препаратов; поэтому нельзя указать стандартную дозу для какого-либо антипсихотического препарата. Резонно начинать клиническое применение лекарства у каждого больного с небольшой дозы и, если необходимо, повышать его дозу. Важно помнить, что максимальные эффекты определенной дозы могут не проявляться в период времени от 4 до 6 нед.

Лечение острых **состояний.** Для взрослого больного в остром состоянии рекомендуется доза, эквивалентная 5 мг галоперидола. Гериатрическому больному может оказаться достаточной доза всего в 1 мг галоперидола. Однако одна инъекция более 50 мг аминазина может вызвать серьезную гипотензию. Введение в/м антипсихотического препарата сопровождается максимальным уровнем содержания препарата в плазме приблизительно в течение 30 мин, тогда как при принятии этот уровень отличается через 90 мин. За больным следует наблюдать в течение 1 ч, после чего большинство врачей вводят вторую дозу антипсихотика. Иногда проводятся почасовые в/м введения антипсихотических препаратов вплоть до хорошего терапевтического эффекта (быстрая нейролептизация). Однако в ряде исследований показано, что простое наблюдение за больным после первой дозы в ряде случаев позволяет обнаружить такое же улучшение клинического состояния, как и повторное введение антипсихотиков. Врач должен соблюдать осторожность, чтобы не допустить агрессии со стороны больных, пока они находятся в психотическом состоянии. Психиатрам иногда приходится прибегать к физическому обездвиживанию больных до тех пор, пока они не будут в состоянии управлять своим поведением.

Из-за того что введение очень больших доз высокоактивных антипсихотиков не сопровождается более частыми побочными эффектами, практика назначения очень высоких кумулятивных доз антипсихотиков становится все более общепринятой. Однако на психиатров часто оказывает давление персонал, который требует назначения повторных доз антипсихотиков. Но при этом может возникнуть очень серьезное осложнение — гипотензия.

Врачи обычно пытаются достигнуть седативного эффекта, кроме редукции психотических проявлений, путем повторного введения антипсихотиков. Поэтому иногда можно применять вместо антипсихотика седативный препарат после введе-

ния одной или двух доз антипсихотика. Рекомендуемыми седативными препаратами являются лоразепам (2 мг в/м) или амобарбитал (50—250 мг в/м).

Раннее лечение. Для большинства больных шизофренией адекватным лечением является эквивалент от 10 до 20 мг галоперидола или 400 мг аминазина в день. Некоторые исследования показывают, что 5 мг галоперидола или 200 мг аминазина могут быть действительно эффективными. Начиная терапию, разумно назначать дробные дозы. Это вызывает уменьшение частоты и тяжести побочных эффектов и позволяет вызвать у больного седативный эффект. Седативные эффекты антипсихотиков продолжаются всего несколько часов, в отличие от антипсихотического действия, которое продолжается 1—3 дня. Приблизительно через 1 нед лечения обычно дают полную дозу антипсихотика на ночь. Это обычно помогает больному наладить сон и снижает частоту побочных эффектов. У более старших больных, получавших терапию слабыми антипсихотиками, однако, имеется риск того, что они могут упасть, если ночью встанут с постели.

В практике обычно лекарства даются по потребности. Хотя это может быть оправданным в течение первых нескольких дней после госпитализации больного, показано, что не увеличение в дозе, а длительность курса лечения вызывают улучшение состояния. И снова, на врачей может оказывать давление персонал, требуя назначения антипсихотических препаратов в количествах, определяемых по сиюминутному состоянию больного. Но это оправдано лишь при наличии специфических симптомов, и надо учитывать, когда и сколько препаратов дается по таким показателям в день. Для этого следует назначать небольшие дозы (например, 2 мг галоперидола) или использовать бензодиазепины (например, 2 мг лоразепама в/м).

Поддерживающая терапия. Больной шизофренией должен получать поддерживающую терапию эффективными дозами в течение по меньшей мере 6 мес после улучшения состояния. Для больного, у которого были лишь один или два психотических эпизода и имеет место устойчивое состояние в течение 6 мес, лучше постепенно уменьшить дозу до 50% в течение 3—6 мес. После следующих 6 мес, если состояние остается стабильным, следует назначить еще 50% дозы. Имеются данные о том, что для многих больных шизофренией достаточно поддерживающей дозы, эквивалентной 5 мг/сут галоперидола. Психиатр должен знать достаточно
0 жизни больного, чтобы пытаться предвидеть возможные стрессы, и в это время повышать дозу. Больным, у которых отмечалось три или более экзацербаций ши зофренических симптомов, по-видимому, целесообразно продолжать лечение ан типсихотиками, хотя рекомендуется предпринимать попытки редуцировать дозы каждые 4—5 лет, если состояние больного стабилизируется. Хотя антипсихотиче ские препараты являются достаточно эффективными, больные часто говорят, что им лучше остаться без лекарств, потому что им кажется, что без лекарств они дей ствительно лучше себя чувствуют. Здоровые люди, принимавшие нейролепти ки, также говорят, что испытывают дисфорию. Поэтому, принимая решение о под держивающей терапии, врач должен посоветоваться с больным, учесть его жела ние, тяжесть заболевания и состояние поддерживающих систем организма.

Альтернативные режимы поддерживающей терапии. Альтернативные режимы предназначены, чтобы снизить риск побочных эффектов при длительном применении или любых неприятных ощущений, связанных с приемом антипсихотических препаратов. «Ремиттирующее лечение» — применение антипсихотиков только тогда, когда они необходимы больным. Это означает, что больные тщательно следят за появлением ранних признаков клинической экзацербаций. При первых же признаках следует возобновлять антипсихотики на достаточно длительный период, от
1 до 3 мес. «Отдых от лекарств» — это регулярные периоды от 2 до 7 дней, во время которых больному не назначаются препараты. Пока нет данных, свидетель ствующих о том, что «отдых» снижает риск побочных эффектов антипсихотиков, а есть основание предполагать, что он вызывает учащение резистентности.

Длительно действующие (депонированные) антипсихотики. Из-за того, что некоторым больным шизофренией нельзя полностью доверять в том, что они будут принимать лекарство в положенном режиме через рот, иногда приходится создавать депо антипсихотических препаратов, рассчитанное на длительное действие.

Эти препараты обычно вводятся в/м один раз каждые 1—4 нед врачом. Таким образом, врач сразу же узнает, если больной пропустил одно введение. Депонирование антипсихотиков может обусловливать больше побочных эффектов, включая отдаленную дискинезию. Хотя это утверждение разделяется не всеми, врач не должен прибегать к данному способу введения препарата, если только больной может принимать их per os.

В США имеются два препарата пролонгированного действия (деконоат и энантат) фторфеназина (Prolixin) и деконоат галоперидола (Halool). Эти препараты вводятся внутримышечно, в ткани больших мышц, откуда они медленно всасываются в кровь. Деканоаты можно назначать менее часто, чем энантаты, так как они медленнее всасываются. Хотя необязательно, но все же желательно дать хоть первый раз препарат per os, чтобы убедиться в отсутствии нежелательных побочных действий, таких как аллергические реакции.

Очень трудно предсказать оптимальную дозу и промежуток между введением препарата для депонирования. Разумно начинать с 12,5 мг деконоата либо фторфеноазина, либо с 25 мг галоперидола. Если нарушения обнаруживаются в течение следующих 2—4 нед, больному можно временно назначать дополнительно другие препараты per os или дополнительные инъекции препарата пролонгированного действия в небольших количествах. После 3—4 нед депонированные инъекции можно увеличивать за счет включения дополнительно вводимых в начальном периоде доз.

Начинать лечение препаратами пролонгированного действия рекомендуется с малых доз потому, что всасывание этих препаратов вначале может быть более быстрым, обусловливая возникновение пугающих дистонических эпизодов, снижающих податливость действию данного препарата. Для того чтобы этого избежать, некоторые врачи вообще не дают никаких препаратов от 3 до 7 дней перед началом лечения препаратами пролонгированного действия и начинают лечение с очень малых доз (3,125 мг фторфеназина или 6,25 мг галоперидола) каждые несколько дней. Поскольку основным показанием к применению препаратов пролонгированного действия является невозможность назначать его перорально, следует быть очень осторожным при лечении больных последним средством, оставшимся в распоряжении врача, и не форсировать его.

Предупреждение и лечение некоторых неврологических побочных действий

В табл. 10 перечислены некоторые препараты, которые могут быть использованы как предупреждающие и лечебные в отношении побочных эффектов, вызванных антипсихотиками. Наиболее острая дистония и паркинсоноподобные симптомы хорошо поддаются действию этих препаратов; иногда удается устранить также и акатезию.

Механизм действия всех, кроме двух препаратов, антихолинергический; мидантан (amantadine) (агонист дофамина) и этопропазин (производное фенотиазина) действуют преимущественно через дофаминовые системы.

Неизвестно, есть ли смысл назначать эти препараты профилактически вместе с назначением антипсихотиков. Защитники профилактического введения этих препаратов утверждают, что более гуманно вводить их во избежание развития побочных эффектов и усиления податливости к воздействию антипсихотиков. Противники этого метода считают, что сами эти препараты создают предпосылки для развития антихолинергических побочных эффектов. Разумным компромиссом является применение их у больных моложе 45 лет, имеющих более высокий риск развития неврологических нарушений, и не применять их у лиц старше 45 лет в связи с риском возникновения антихолинергической токсичности. Если у больных развивается дистония, паркинсоноподобные симптомы или акатизия, эти препараты следует назначить. Если лечение этими препаратами начато, его следует продолжать в течение 4—6 нед. После этого надо попытаться снизить дозу и прекратить лечение в течение 1 мес. У многих больных может появиться толерантность к неврологическим подобным действиям, и им больше не потребуются эти пре-

Таблица 10. Препараты, используемые для лечения неврологических побочных эффектов антипсихотических веществ

Общее название	Торговое название	Обычная взрослая доза, мг/сут	Обычная взрослая одноразовая доза (мг)
Бипериден	Акинетон	2—6	2
Проциклидин	Кемадрин	10—20	2—5
Тригексифенидил	Артан и Другие Марки	4—15	2—3
Бензтропин	Когентин	1—6	1—2
Дифенгидромин	Бенадрил	50—300	10—50
Орфенадрин	Дизипал и Норфлекс	50—150	50
Амантадин	Симметрал	100—300	100
Этопропазин	Парзидол	100—400	50—100

параты. У других больных могут рецидивировать неврологические нарушения, и им необходимо возобновить назначение этих препаратов. Если некоторые больные считают, что у них, если им давать эти препараты, снижаются тревога и депрессия, им можно рекомендовать продолжать лечение этими препаратами, даже если у них не выявляется неврологических нарушений.

Большинство врачей назначают один из антихолинергических препаратов, включая дифенгидрамин (diphenhydramine), чтобы обеспечить профилактику и лечение' неврологических побочных эффектов. Из этих препаратов дифенгидрамин обладает наибольшим седативным эффектом; бипериден (biperidin) является нейтральным, а тригексипенидал (trihexyphenidyl) является слабым стимулятором. К дифенгидрамину, бипериду и тригексипенидиму может возникнуть привыкание, поскольку некоторые больные ощущают эйфорию, когда принимают их. Амантадин и этопропазин используются, когда один из антихолинергических препаратов не действует. Хотя амантадин не вызывает экзацербации психоза при шизофрении, некоторые больные становятся толерантными к его антипаркинсониче-скому действию. У некоторых больных амантадин вызывает также седативный эффект.

ПОБОЧНЫЕ ДЕЙСТВИЯ

Побочные действия не неврологического характера

Одним из общих утверждений относительно побочных действий антипсихотиков является то, что препараты с невысокой активностью вызывают больше побочных эффектов не неврологического характера, а препараты с высокой активностью больше побочных эффектов неврологического характера.

Седативный эффект. Седативный эффект прежде всего является результатом блокады гистаминных рецепторов типа 1. Аминазин обладает наиболее сильным седативным действием из антипсихотиков: тиоридазин, хлорпротиксен и локсапин также имеют седативный эффект, а антипсихотики с высокой активностью имеют значительно более слабый седативный эффект. Больных надо предупреждать о возможности появления его в первые дни лечения антипсихотическими препаратами, что опасно при вождении машины и работе с техникой. Чтобы преодолеть это осложнение, можно давать всю дозу на ночь, а затем часто развивается толерантность к этому побочному действию.

Ортостатическая (постуральная) гипотензия. Ортостатическая (постуральная) гипотензия опосредуется адренергической блокадой и обычно наблюдается при лечении тиоридазином и аминазином. Она чаще бывает в первые несколько дней лечения, и у больных быстро развивается толерантность к ней. Она, как правило, возникает при внутримышечном введении больших доз антипсихотиков с невысо-

кой активностью. Основная опасность этого побочного эффекта в том, что могут быть обмороки, больной может упасть и ушибиться, хотя это случается нечасто. Когда вводятся внутримышечно антипсихотики, следует измерять артериальное давление (лежа и стоя) перед и после введения первой дозы и в течение нескольких первых дней лечения. Больных следует предупреждать о возможности побочных действий и давать обычные инструкции: «Вставайте с постели постепенно, посидите сначала, свесив ноги, и, если почувствуете слабость, снова ложитесь». Можно воспользоваться поддерживающим шлангом. Если антипсихотики с низкой активностью вводятся больному с патологией сердечной деятельности, дозу надо повышать очень медленно.

Если у больных, получающих эти препараты, развивается гипотензия, можно помочь больному, уложив его в положении, когда ноги располагаются выше головы. Изредка показаны средства, усиливающие сердечную деятельность, или сосудосуживающие препараты, такие, как норадреналин. Поскольку гипотензию вызывает блокада альфа-адренергетиков, эти препараты блокируют также альфа-адренергические стимулирующие свойства адреналина, не затрагивая эффекта его бета-адренергических стимулирующих свойств. Поэтому в результате введения этим больным адреналина наблюдается парадоксальное ухудшение гипотензии и, вследствие этого он противопоказан при гипотензии, вызванной антипсихотическими препаратами. Предпочтительными препаратами для лечения этого расстройства являются вещества, подавляющие только альфа-адренергические эффекты, такие, как метараминал или норадреналин (levarterenol).

Периферические антихолинергические эффекты. Периферические антихолинергические эффекты являются довольно типичными и проявляются в сухости рта и носа, смазанном зрении, запорах, задержке мочи, мидриазе. У некоторых больных отмечаются также тошнота и рвота. Амипарин, тиоридизины, мезоридазин и трифтазин являются потенциальными антихолинергическими. Антихолинергические эффекты могут быть особенно тяжелыми у антипсихотиков с низкой активностью, применяемых с трициклическими антидепрессантами и антихолинергическим препаратом; такая комбинация рекомендуется очень редко.

Сухость во рту очень беспокоит больных. Им можно рекомендовать часто прополаскивать рот водой и не пользоваться жевательными резинками или леден цами, содержащими сахар, так как это может вызвать грибковую инфекцию и уве личить вероятность кариеса зубов. Запор лечат обычными слабительными, но он может прогрессировать, приводя к параличу сфинктера. Можно рекомендовать пилокарпин, хотя улучшение бывает лишь временным. В таких случаях надо сни зить дозу или сменить антипсихотический препарат. о

Центральные антихолинергические эффекты. Симптомы центральной антихолинергической активности состоят в тяжелой ажитации. Больные дезориентированы во времени, личности или месте; отмечаются галлюцинации, припадки, высокая температура и расширение зрачков. Могут наступить ступор и кома. Лечение состоит в ликвидации фактора, вызывающего эти явления, наблюдении за физическим состоянием и назначении физостигмина (2 мг в/в медленно, повторять, если необходимо, через час). Слишком много физостигмина давать опасно, а интоксикация физостигмином включает гиперсаливацию и потение. Сульфат атронина (0,5 мг) может снизить эти явления.

Эндокринные эффекты. В результате блокады дофаминовых рецепторов в тубероинфундибулярном тракте повышается секреция пролактина, что находит выражение в увеличении молочных желез, галактореи, импотенции у мужчин и аменореи у женщин. У обоих полов наблюдается снижение либидо, а у женщин иногда обнаруживается ложная беременность во время лечения антипсихотиками. Тиоридазин особенно связан с понижением либидо и ретроградной эякуляцией у больных мужчин. Эти сексуальные побочные эффекты могут быть незамеченными психиатром, если о них не спросить. Другим побочным эффектом антипсихотиков является патологическая секреция антидиуретического гормона. У некоторых больных становятся положительными пробы на сахар, так как введение антипсихотиков вызывает изменения в направлении развития диабета.

Действие **на** кожу. У небольшого количества больных отмечается аллергический дерматит, наиболее часто при применении антипсихотиков с низкой активнос-

стью, особенно аминазина. Отмечается еще целый ряд нарушений со стороны кожи— уртикарная, макулопапулезная, петехиальная и эдематозная сыпь. Эти нарушения появляются с самого начала лечения, обычно в первые несколько недель и спонтанно проходят. Фотосенситивная реакция, которая напоминает тяжелый солнечный ожог, также имеет место у некоторых больных, получающих лечение аминазином. Больных следует предупреждать о возможности появления этих побочных эффектов, они должны быть на солнце не более 30—60 мин и использовать прикрытие. Иногда аминазин вызывает также серо-голубое обесцвечивание участков кожи, подвергшихся действию солнца. Эти изменения кожи часто начинаются с рыжевато-коричневого или золотого цвета и достигают серого, металлически-голубого или пурпурного.

Офтальмологические эффекты. Тиоридазин вызывает необратимую пигментацию сетчатки, когда его дают в дозах, превышающих 800 мг/сут. Это явление очень сходно с тем, которое наблюдается при *retinitis pigmentosa,* и может прогрессировать даже после отмены тиоридазина и приводить к слепоте.

Аминазин может вызывать бело-коричневые отложения, концентрирующиеся в передней линзе и задней роговице, заметные лишь при исследовании щелевой линзой. Они усиливаются до матово-белых и желто-коричневых гранул, часто звездчатой формы. Иногда конъюнктива покрывается коричневым пигментом. Этим больным не угрожает изменение сетчатки, и зрение у них не нарушается. Большинство больных, у которых обнаруживаются отложения, принимают лечение в количестве от 1 до 3 кг аминазина в течение всей жизни.

Сердечные эффекты. Антипсихотики с низкой активностью более кардиотоксичны, чем с высокой активностью. Аминазин вызывает удлинение интервалов *Q*—Г и *P*—*R,* уплощение Г-волн и подавление *S*—Г сегмента. Тиоридазин, в частности, оказывает выраженный эффект на Г-волну и этот уникальный кардиотоксический эффект, вызванный передозировкой пиперидиновых фенотиазинов, вызывает наибольшую смертность, наблюдающуюся при терапии антипсихотиками.

Внезапная смерть. Действие антипсихотиков на сердечную деятельность, как предполагают, обусловливает внезапную смерть больных, находящихся на терапии этими препаратами. Тщательное изучение литературы, однако, показывает, что еще преждевременно относить такую внезапную смерть за счет действия антипсихотиков. Поддерживает также эту точку зрения тот факт, что применение антипсихотических препаратов не оказывает влияния на частоту внезапных смертей больных шизофренией. Кроме того, препараты, обладающие как низкой, так и высокой активностью,включены в этот анализ. Более того, имеется много сообщений о других физических заболеваниях, наблюдающихся при лечении другими препаратами.

Увеличение массы тела. Очень частым побочным эффектом лечения антипсихотическими веществами является прибавление веса, которое может иногда быть очень значительным. Молиндон и, возможно, локсанит не вызывают этих нарушений и показаны больным, для которых прибавление в весе вызывает серьезную опасность или способствует резистентности.

Гематологическое действие. Наиболее часто наблюдается лейкопения с числом белых кровяных телец 3500, но это не вызывает серьезных осложнений. Угрожающей жизни опасностью является агранулоцитоз, наблюдающийся чаще всего при лечении аминазином и тиоридазином, но имеющий место во всех случаях при лечении антипсихотическими препаратами. Он появляется наиболее часто в первые 3 мес с частотой 1 на 500 000. Обычный анализ крови не показан, но если больной жалуется на боль в горле и лихорадку, его следует немедленно сделать, чтобы проверить, нет ли этого явления. При наличии плохих показателей в анализе крови следует немедленно прекратить введение антипсихотика, и больного надо перевести в соматическую больницу. Уровень смертности от этого осложнения может быть очень высоким — до 30%. У больных, получающих антипсихотики, могут обнаруживаться также тромбоцитопеническая или нетромбоцитопеническая пурпура, гемолитическая анемия и панцитопения.

Желтуха. В начале лечения аминазином может иметь место желтуха, появляющаяся приблизительно у 1 из 100 больных. За последнее время, по необъясни-

мым причинам, число случаев желтухи значительно снизилось. Хотя точные данные отсутствуют, теперь она встречается у 1 из 1000 больных.

Желтуха появляется часто в первые 5 нед лечения и ей обычно предшествует синдром, напоминающий грипп. Имеет смысл в этих случаях прекратить лечение аминазином, хотя значение этого не доказано. Действительно, можно продолжать лечение на фоне желтухи, без каких-либо побочных явлений. Желтуха, связанная с аминазином, обычно появляется у больных вновь спустя 10 лет.

Отмечены случаи желтухи при лечении промазином, тиоридазином, мепазином и прохлорперазином, и очень часто — фторфеназином и трифтазином. Относительно того, что желтуха может быть вызвана галоперидолом, или другими антипсихотиками нефенотиазинового ряда, данных нет. Большинство случаев, описанных в литературе, связывается все же с действием аминазина.

Передозировка антипсихотиков. За исключением случаев передозировки тиоридазина и мезоридазина, исход при передозировке антипсихотиков благоприятный, если только больной не принимал дополнительно другие вещества, подавляющие ЦНС, такие, как алкоголь или бензодиазепины. Симптомы передозировки включают сонливость, которая может переходить в делирий, кому, дистонии и припадки, зрачки расширены; глубокие сухожильные рефлексы снижены, наблюдается тахикардия и гипотензия; на ЭЭГ обнаруживаются диффузное замедление активности и снижение ее амплитуды. Пиперазиновые фенотиазины могут приводить к сердечному блоку и фибрилляции желудочков, в результате чего наступает смерть.

Лечение заключается в промывании желудка и назначении активированного угля, вслед за чем дается слабительное. Припадки лечат диазепамом или дифенилгидантоином *(Diphenylhydantoiri). С* гипотензией борются либо норадреналином, либо дофамином, но не адреналином.

Неврологические побочные эффекты

Эпилептогенные эффекты. Лечение антипсихотическими препаратами сопровождается замедлением и усилением синхронизации ЭЭГ. Это может быть результатом механизма, с помощью которого некоторые антипсихотики снижают порог судорожной активности. Аминазин, локсанин и другие антипсихотики с низкой активностью, как предполагают, являются более эпилептогенными, чем с высокой активностью, особенно молиндом. Риск возникновения припадков при введении антипсихотиков заставляет специально рассматривать вопрос об их назначении лицам, которые уже имеют судорожную активность или органические поражение мозга.

Дистония. Побочный эффект в виде дистонии отмечается приблизительно у 10% больных, которые получают антипсихотики, обычно в первые несколько часов или дней лечения. Дистонические движения являются результатом медленного, устойчивого сокращения мышц или спазма, результатом чего может быть непроизвольное движение. Дистония может охватывать шею (спазматическая кривошея), *«torticollis»* или изгиб шеи сзади *«retrocollis»* (челюсть — затрудненное открывание в результате смещения, или тризм), язык (высовывание или дрожание) или опистотонус всего тела). В результате вовлечения глаз наблюдается нарушение — «кризис» со стороны глазного яблока, характеризующееся его смещением в верхнелатеральном направлении. (В отличие от других дистонии «кризис» глазного яблока может также возникать и позже в процессе лечения.) Кроме того, могут иметь место блефароспазм и глоссофарингеальная (языкоглоточная) дистония, в результате чего может возникать дизартрия, дисфагия и даже цианоз. У детей особенно часто возникает опистотонус, сколиоз, лордоз и судорожные движения. Дистония может сопровождаться болью, страхом и быть предпосылкой дальнейшего развития резистентности к терапии. Дистония наиболее часто возникает у молодых мужчин, но может иметь место в любом возрасте и у лиц обоего пола. Хотя она наиболее часто отмечается при в/м введении антипсихотиков с высокой активностью, но иногда отмечается под влиянием всех других антипсихотиков, однако очень редко — тиоридазина. Полагают, что механизм действия —

дофаминергическая гиперактивность в базальных ганглиях, которая появляется, когда уровень антипсихотиков в ЦНС начинает падать. Дистония может флуктуировать спонтанно, снижаясь, если больного успокаивать, что создает у врача ложное впечатление об истерической этиологии этих движений. Дифференциальный диагноз проводится с припадками и поздней дискинезией. Профилактическое введение антихолинергических веществ обычно предупреждает развитие дистонии. Введение в/м антихолинергических препаратов или дифенгидрамина *(diphenhydra-mine,* 50 мг) почти всегда вызывает улучшение. Сибазон (10 мг, IV), барбамил, кофеин— бензоат натрия и гипноз тоже оказались эффективными. Хотя обычно к этому побочному эффекту развивается толерантность, следует сменить анти-психотик, если больной очень боится возвращения патологической реакции.

Паркинсонический побочный эффект. Паркинсонический побочный эффект наблюдается приблизительно у 15% больных, обычно через 5—90 дней после начала лечения. Симптом заключается в напряжении мышц, ригидности, шаркающей походке, сутулой позе и слюнотечении. Тремор в виде «катания шарика», наблюдающийся при идиопатическом паркинсонизме, отмечается редко, но часто бывает регулярный, грубый тремор, напоминающий настоящий тремор. Синдром кролика—фокальный, периоральный тремор, напоминающий паркинсонический тремор от действия антипсихотиков, который, однако, может развиваться позже в курсе лечения. Маскообразные лица, брадикинезия и акинезия этого паркинсонического синдрома часто ошибочно принимаются за проявления негативизма при шизофрении и поэтому не лечатся.

Женщины поражаются в два раза чаще мужчин; синдром может возникать в любом возрасте, хотя наиболее часто — после 40 лет. Эти нарушения могут иметь место при лечении любым антипсихотиком, особенно с высокой активностью и низкой холинергической активностью. Менее часто нарушения наблюдаются при лечении аминазином и тиоридазином. Причиной возникновения вызванного антип-сихотиками паркинсонизма является блокада дофаминергической передачи в ни-гростриарном тракте. Так как данный синдром развивается не у всех больных, можно думать, что у тех, у кого он имеется, нарушена способность к компенсации при наличии блокады, вызванной антипсихотиками в нигростриарном тракте. Должен проводиться дифференциальный диагноз с другими видами идиопатиче-ского паркинсонизма, другими органическими заболеваниями, обусловливающими паркинсонизм, и депрессией. Эти нарушения можно лечить антихолинергиче-скими веществами, амантадином или этопропазином *(ethopropazine).* Хотя аманта-дин имеет меньше побочных эффектов, он менее эффективен при лечении мышечной ригидности. Леводопа *(Levodopa)* не помогает в этих случаях и может вызвать экзацербацию психоза. Антихолинергические препараты следует отменить через 4—6 нед, чтобы оценить, появилась ли у больного толерантность к паркинсониче-ским эффектам; приблизительно 50% больных нуждаются в продолжении лечения. Даже после того, как антипсихотики отменены, паркинсонические симптомы могут оставаться еще в течение 2 нед, а у пожилых больных — до 3 мес. Таким больным рекомендуется продолжать введение антихолинергических препаратов после отмены антипсихотиков.

Акатнзия. Акатизия — субъективное ощущение мышечного дискомфорта, который может обусловить появление у больного ажитации, непрерывной ходьбы, непрерывного сидения или стояния и ощущения сильной дисфории. Эти нарушения являются прежде всего моторными и не могут контролироваться больным произвольно. Акатизия может появиться в любое время в курсе лечения. Иногда ее правильно не диагностируют, так как симптомы ошибочно связывают с психозом, ажитацией или нарушением способности больного к контактам с окружающими. Механизм, лежащий в основе акатизии, неизвестен, хотя предполагается, что она обусловлена блокадой дофаминовых рецепторов. Дозы антипсихотиков и введение антихолинергических препаратов и амантадина следует снизить, хотя последнее не всегда помогает. В некоторых случаях помогает пропранолол (от 30 до 120 мг/сут) и бензодиазепин. Иногда любая терапия оказывается неэффективной.

Дискинезия. Дискинезия представляет собой побочное действие антипсихотиков, поступающее с задержкой; она редко наступает ранее чем через 6 мес после

начала лечения. Нарушения состоят в патологических, непроизвольных, нерегулярных, хореоподобных движениях мышц головы, конечностей и туловища. Тяжесть этих движений варьирует от минимальных, часто незамечаемых больным и их семьями, до сильно выраженных, нарушающих трудоспособность. Наиболее часто имеют место пероральные движения, включающие метание, пританцовывание и высовывание языка, жевательные и латеральные движения челюсти, сжимание губ и гримасничанье. Часто наблюдаются также движения пальцев, стискивание рук. В более тяжелых случаях имеют место кривошея, отклонение шеи кзади, качание туловища и движения тазом. Отмечаются случаи дыхательной дискинезии. Дискинезии усиливаются под влиянием стресса и исчезают во время сна. Другие отставленные во времени или поздно проявляющиеся синдромы включают задержанную дистонию, задержанный паркинсонизм и задержанные нарушения поведения, хотя в отношении последнего утверждения существуют противоречивые мнения. Все нейролептики могут вызывать задержанную дискинезию, хотя имеются данные, что в меньшей степени это относится к тиоридазину. Чем дольше больные получают антипсихотики, тем большая вероятность развития задержанной дискинезии. Женщины поражаются чаще, чем мужчины; более высокий риск также у больных старше 50 лет с поражениями мозга органического характера и расстройствами настроения. Частота увеличивается приблизительно на 3—4% в год после 4—5 лет лечения. Приблизительно 50—60% хронических больных имеют этот синдром. Представляет интерес наблюдение, что от 1 до 5% больных шизофренией имели сходные нарушения движения перед назначением антипсихотиков в 1955 г. Предполагается, что поздняя дискинезия обусловлена чрезмерной чувствительностью дофаминергических рецепторов базальных ганглиев в результате хронической блокады дофаминовых рецепторов антипсихотиками, эта гипотеза, однако, не подтверждена.

Тремя основными подходами к дискинезии являются предупреждение, диагностика и лечение. Лучшим способом предупреждения является назначение антипсихотиков только в тех случаях, когда имеются отчетливые показания, и в наименьших дозах, которые только могут оказать эффективное действие. Больных, находящихся на лечении антипсихотиками, следует регулярно обследовать на наличие расстройств поведения, предпочтительно с использованием стандартизированных оценочных шкал (табл. 11). Когда обнаруживаются расстройства поведе-. ния, надо провести дифференциальный диагноз со следующими состояниями: шизофреническая манерность и стереотипия, проблема, связанная с зубами (например, плохой протез), синдром Мейге и другие сенильные дискинезии; расстройства, вызванные лекарствами (антидепрессанты, антигистамины, антимолярийные, антипсихопатии, дефинилгидантоин, леводопа, симпатомиметики), болезнь Гентингтона, паратиреоидная гипоактивность, постэнцефалитное состояние, нарушение функции почек, хорея Сиденгама, системная красная волчанка, повышенная активность щитовидной железы, торсионная дистония, опухоли, болезнь Вильсона.

Если диагноз задержанной дискинезии поставлен, необходимо провести систематическое исследование расстройств движения. Хотя задержанная дискинезия часто наблюдается, когда больной принимает регулярное лечение с одинаковыми дозами, она все же чаще возникает, когда дозы снижаются. Некоторые авторы называют последнее «абстинентной» дискинезией. Если диагностируется задержанная дискинезия, следует рассмотреть вопрос о снижении доз или прекращении лечения антипсихотиками, если это возможно. От 5 до 40% всех задержанных дискинезии рецидивирует, а в легкой форме дискинезия рецидивирует в 50—90%. Сейчас полагают, что поздняя дискинезия не является прогрессирующим заболеванием.

Эффективное лечение поздней дискинезии отсутствует. Если имеются значительные нарушения движений, надо попытаться снизить или отменить терапию антипсихотиками. Уменьшить двигательные расстройства могут литий, карбамазепины или бензодиазепины; они же иногда имеют антипсихотическое действие. Различные исследования показывают, что полезными могут оказаться холинергические агонисты, дофаминергические агонисты и ГАБА-ергические препараты (например, вальпроат натрия).

Таблица 11. **Процедура исследования по шкале непроизвольных патологических движений (ШНПД, AIMS*)**

Формальные данные о пациенте	Дата
Анализ проведен	

До или после завершения процедуры исследования нужно немного понаблюдать за пациентом в спокойном состоянии (в комнате ожидания). Следует использовать во время исследования жесткий, твердый стул без подлокотников.

После наблюдения за больным надо произвести оценку в баллах по шкале: 0 (отсутствие), 1 (минимальный), 2 (легкий), 3 (умеренный) и 4 (тяжелый) соответственно тяжести симптомов.

Надо спросить пациента, есть ли у него (у нее) что-нибудь во рту (например, жевательная резинка, леденец и т.д.), и если есть, то этот предмет необходимо вынуть.

Следует спросить больного о состоянии зубов, носит ли он/она протезы. Беспокоят ли пациента в настоящее время зубы или протезы?

Надо спросить, замечает ли пациент какие-либо движения рта, лица, рук или ног. Если да, то попросите описать их и то, какое беспокойство они в настоящее время причиняют больному или мешают его или ее действиям.

0 12 3 4	Сидел ли пациент на стуле, положив руки на колени, слегка вытянув ноги вперед и стоя всей ступней на полу (посмотрите, какие движения тела при этом положении имеют место).
0 12 3 4	Попросите больного сесть, с/ободно свесив руки. Если это мужчина, руки между ногами, если женщина в платье — на коленях (посмотрите на руки и на другие области тела, есть ли движения).
0 12 3 4	Попросите больного открыть рот (осмотрите язык в покое, при открытом рте). Сделайте это дважды.
0 12 3 4	Попросите больного высунуть язык (осмотрите, есть ли патология при движении языка). Сделайте это дважды.
0 12 3 4	Попросите больного вытянуть большой палец, достав каждый из пальцев как можно быстрее, проде лать это в течение 10—15 с, отдельно правой руки, затем левой (наблюдайте за движениями лица и ног).
0 12 3 4	Согните и разогните левую и правую руки больного (по очереди).
0 12 3 4	Попросите больного встать. Наблюдайте в профиль. Смотрите на все области тела снова, включая бедра.
0 12 3 4	** Попросите больного вытянуть обе руки вперед с ладонями, обращенными вниз (наблюдайте за позвоночником, ногами и ртом).
0 12 3 4	** Заставьте больного пройтись несколько раз, повернуться и возвратиться к стулу (наблюдайте за руками и походкой). Проделайте это дважды.

* Шкала непроизвольных патологических движений, ШНПД (AIMS). ** Активные движения.

Злокачественный нейролептический синдром. Злокачественный нейролептический синдром (ЗНС) представляет собой угрожающее жизни осложнение антипсихотической терапии, развивается в разное время после начала лечения. Симптомы заключаются в мышечной ригидности, дистонии, акинезии, мутизме, притуплении аффекта и ажитации. Вегетативные симптомы включают жар, потливость и повы-

шение частоты пульса и артериального давления. При лабораторном исследовании обнаруживаются повышение числа белых кровяных телец, креатинина фосфокиназы крови, ферментов печени и миоглобина плазмы и, как результат этого, прекращение почечной функции. Симптомы развертываются за 24—72 ч, и без лечения состояние длится 10—14 дней. Часто правильный диагноз не ставится на ранних стадиях, и «абстиненция» или ажитация могут ошибочно приниматься за усиление психоза. Мужчины поражаются чаще женщин; уровень смертности — 15—25%. Патофизиология неизвестна; хотя этот синдром можно связать с гипертермическими кризисами, наблюдающимися у психотических больных перед началом антипсихотического лечения.

Лечение—немедленное прекращение антипсихотической терапии, охлаждение больного, контроль за жизненно важными центрами и почечной функцией. Для уменьшения спазма мышц—дантролен, релаксант скелетных мышц (200 мг в день) и бромкриптин (5 мг каждые 4 ч; до 60 мг в день); эти препараты, по некоторым данным, могут оказаться эффективными.

ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ ЛЕКАРСТВ

Антихолинергические препараты

Антихолинергические вещества также могут снижать всасывание антипсихотиков. Суммарная активность антихолинергических, антипсихотических средств и антидепрессантов может вызывать антихолинергическую токсичность.

Противосудорожные

Фенотиазины, особенно тиоридазин, могут снижать метаболизм дифенилгидантоина, уровень которого в результате этого может стать критическим. Барбитураты понижают метаболизм антипсихотиков, и антипсихотики могут понижать судорожный порог.

Антидепрессанты

Трициклические антидепрессанты и антипсихотики могут снижать метаболизм друг друга, что снижает уровень концентрации в плазме обоях. Антихолинергические, седативные и гипотензивные эффекты этих препаратов также могут складываться.

Антигипертензивные вещества

Антипсихотики могут тормозить захват гуанетидина *(guanethidine)* в синапсах и могут также тормозить гипотензивные эффекты клонидина *(clonidine)* и альфаме-тилдофа (a-methyldopa). И наоборот, антипсихотики могут оказывать дополнительное действие на некоторые гипотензивные средства.

Вещества, оказывающие угнетающее действие на ЦНС

Антипсихотики потенцируют угнетающее действие ряда препаратов на ЦНС: седативных, антигистаминных, опиатов и алкоголя, особенно у больных с нарушением дыхания.

Другие вещества

Курение сигарет может снижать уровень антипсихотических препаратов в плазме. Адреналин оказывает парадоксальный гипотензивный эффект на больных, получающих антипсихотики. Сочетанное введение лития и антипсихотиков

аожет вызывать нарушения, сходные с интоксикацией литием или злокачествен- =;м нейролептическим синдромом. Нет основания считать, что эти два синдрома : лее часто наблюдаются при совместном введении данных препаратов, чем когда и вещества вводятся в отдельности, и что такое взаимодействие более типично -"я одного, чем для другого антипсихотика. Сочетание введения пропранолола антипсихотиков вызывает увеличение содержания в плазме обоих. Антипсихоти-,'. снижают концентрацию в крови варфарина, в результате чего снижается сниже- ние времени кровотечения.

ДРУГИЕ ПРЕПАРАТЫ. ИСПОЛЬЗУЕМЫЕ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ПСИХОЗОВ

Как уже отмечалось ранее, резерпин и клозапин применяются для лечения психозов, особенно шизофрении. Резерпин менее активен и, по-видимому, оказызает менее выраженное действие, чем другие антипсихотики. Он имеет замедленное начало (вплоть до 2 мес), иногда в это время наблюдается депрессия и бывают даже суициды. Клозапин является интересным препаратом, так как он не вызывает обычных неврологических побочных действий; однако его сейчас не применяют з связи с опасностью агранулоцитоза.

Литий

Литий может достаточно эффективно подавлять психотические проявления дальнейшем у приблизительно 50% больных шизофренией. Литий играет также j.ibinyio роль для лечения больных, которые по каким-то причинам не могут при-нмать антипсихотики.

Карбамазепин

Карбамазепин может использоваться один или в комбинации с литием. Он оказался неэффективным в лечении шизофренических психозов; однако имеются данные о том, что он может снижать интенсивность агрессивных проявлений, которые иногда наблюдаются при шизофрении.

Пропранолол

В отношении лечения больных шизофренией пропранололом в дозах от 600 до 2000 мг/сут мнения противоречивы. Однако, некоторым больным он помогает, если они не в состоянии принимать антипсихотики или резистентны к ним.

Бензодиазепины

Сейчас отмечается повышенный интерес к сочетанному введению альпразолама *(alprazolam)n* антипсихотиков больным, у которых применение лишь одних ан- ипсихотиков не дает положительного эффекта. Имеются также данные о том, что на больных шизофренией может оказывать положительное действие введение больших доз сибазона.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

Adler L.A., Angrist B., Perelow E. et al. Clonidine in neuroleptic induced akathesia.— Am. J. Psych., 1987, 144, 235.

Black J.L., Richelson £., Ricardson J. W. Antipsychotic agents: A clinical update.— Mayo Clin. Proc, 1985, 60, 777.

Cole J.O., Gardos G. Alternatives to neuroleptic drug therapy.— McLean Hosp. J., 1985, 10, 112.
Delva N.. Letemendia F. Lithium treatment in schizophrenic and schizoaffective disorders.—Brit. J. Psychiatry, 1982, 141, 387.
Jeste D. V., Wyatt R. J. Understanding and Treating Tardive Dyskinesia. Guilford Press, New York, 1982.
Kane J. M., editor Developing rational maintenance therapy for schizophrenia.— J. Clin. Psychopharm., 1986, 6, 1.
Lipinski J.F., Zubenko G., Cohen B.M. Propranolol in the treatment of neuroleptic-induced akathisia— Am. J. Psychiatry, 1984, 141, 412.
Pearlman C.A. Neuroleptic malignant syndrome: A review of the literature.— J. Clin. Psychopharm., 1986, 6, 257.
Picker D., Wolkowitz O. M., Doran A. R. et al. Clinical and biochemical effects of vera-pamil administration to schizophrenic patients.— Arch. Gen. Psych., 1987, 44, 113.
Prosser E. S., Csernosky J. G., Kaplan J. et al. Depression, parkinsonian symptoms, and negative neuroleptics.— J. Ner. and Men Dis., 1987, 175, 100.
Richelson E. Neuroleptic affinities for human receptors and their use in predicting adverse effects.—J. Clin. Psychiatry, 1984, 45, 331.
Van Put ten T. Why do schizophrenic patients refuse to take their drugs? -— Arch. Gen. Psychiatry, 1978, 31, 67.

24.3. ПРЕПАРАТЫ, ПРИМЕНЯЕМЫЕ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ДЕПРЕССИЙ

ВВЕДЕНИЕ

Препараты, которые называются антидепрессантами, включают гетероциклические антидепрессанты (ГЦА), ингибиторы моноаминооксидазы (МАО), некоторые атипичные антидепрессанты и симпатомиметики (например, фенамин).

Гетероциклическая группа содержит как трициклические, так и тетрациклические вещества. Трициклические антидепрессанты и ингибиторы МАО считаются классическими антидепрессантами; однако у них может быть период до начала действия 2—3 нед; а также неприятные побочные действия. Хотя разработка новых антидепрессантов направлена на обнаружение более быстро действующих препаратов с меньшим числом побочных эффектов, эти разработки пока не очень успешны.

Главным показанием к применению антидепрессантов является наличие приступа тяжелой депрессии. Первыми нарушениями, подвергающимися нормализации, является сон и аппетит. Затем снижаются ажитация, тревога, депрессия и чувство безысходности. Другими симптомами — мишенями — являются низкая энергия, плохая концентрация внимания, беспомощность и снижение либидо. Применение этих препаратов как антидепрессантов увеличивает приблизительно вдвое шанс того, что больные выздоровеют в течение месяца. Появившаяся за последнее время тенденция назначать антидепрессанты при таких состояниях, как нарушение аппетита, тревога, вносит некоторую путаницу в группировку этих препаратов под единым названием антидепрессанты.

Антидепрессанты не оказывают большого влияния на умственные способности человека, напротив, они корригируют патологическое состояние умственной сферы. ГЦА и ингибиторы МАО являются антидепрессантами, предназначенными для депрессивных субъектов, но обладают малой общей эйфоризирующей или стимулирующей активностью на психически здоровых людей. Напротив, симпатомиметические антидепрессанты обладают эйфоризирующим действием.

ГЕТЕРОЦИКЛИЧЕСКИЕ АНТИДЕПРЕССАНТЫ

Классификация

Все трициклические препараты имеют ядро, состоящее из трех колец (рис. 3). Имипрамин, амитриптилин, тримипрамин и доксепин являются третичными аминами, так как они имеют две метиловых группы на атоме азота боковой цепи. Дезипрамин, нортриптилин и протриптилин являются вторичными аминами, так как

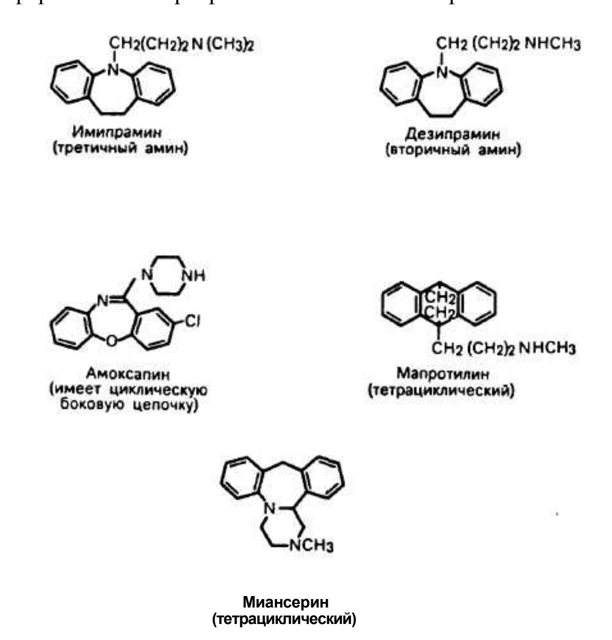


Рис. 3. Молекулярная структура некоторых гетероциклических антидепрессантов.

имеют только одну метиловую группу в этой позиции. Амоксапин, дибензоксазепин являются производными антипсихотика локсапина и имеют циклическую боковую цепь вне ядра, состоящего из трех колец. Мапротилин является тетрациклическим препаратом, с такой же боковой цепочкой, что и дезипрамин; его четвертое кольцо фактически представляет собой мост через центральное кольцо стандартного трициклического ядра. Мианзерин является тетрациклическим препаратом, у которого боковая цепочка образовала четвертое кольцо; для клинического применения миазерин практически отсутствует.

Фармакокинетика

Всасывание после применения большинства гетероциклических препаратов внутрь неполное, и имеется значительный распад препарата после действия первого приема. Имизин памоат является препаратом пролонгированного действия для внутримышечного введения; показания к его применению ограничены. Он связывается с протеинами больше, чем на 75%: растворимость в липидах очень высока; объем распределения варьирует от 10—30 л/кг для третичных аминов, до 10— 60 л/кг для вторичных аминов. Третичные амины деметилируются, образуя соответствующие вторичные амины. Отношение метилированных форм к деметилированным широко варьирует у разных людей. Трициклическое ядро окисляется в печени, соединяясь с глюкуроновой кислотой, и выводится из организма. 7-Гидроксиметаболит амоксапина обладает потенциальной дофамин-блокирующей активностью, что обусловливает наличие у него неврологических и эндокринных побочных действий, подобных тем, которые имеют место у антипсихотиков. Полупериод жизни варьирует от 10 до 70 ч; у нортриптилина, мапроти-лина и особенно протриптилина он больше. Длительный период жизни позволяет назначать эти препараты только один раз в день, и это позволяет получить устойчивый уровень препарата в плазме через 5—7 дней.

Фармакодинамика

Острое действие гетероциклических веществ — редукция обратного захвата норадреналина и серотонина и блокирование мускариновых ацетилхолиновых и гистаминовых рецепторов. Различные гетероциклические препараты варьируют по своим фармакодинамическим эффектам (табл. 12). Следует отметить, что амоксапин и мапротилин имеют наименьшую антихолинергическую активность и что доксепин обладает наибольшей антигистаминергической активностью. Блокада обратного захвата норадреналина и серотонина гетероциклическими антидепрессантами и ингибиторами МАО явилась основой моноаминовой гипотезы расстройств настроения. В результате хронического введения гетероциклических антидепрессантов наблюдается снижение числа бета-адренергических рецепторов и, возможно, сходное снижение числа серотониновых рецепторов типа 2. Это снижение активности рецепторов при повторном введении наиболее тесно коррелирует с временем появления клинического эффекта у больных. Это снижение функции бета-адренергических рецепторов имеет место, когда начальное действие ГЦА проявляется в блокировании либо норадренергических, либо серотониновых рецепторов. Исследования на животных, однако, показали, что для появления снижения активности норадренергических и серотонинергических систем требуется, чтобы эти системы были интактны.

Уровень препаратов в плазме

В специальных исследованиях получены кривые реакции на определенные дозы ГЦА. Клинические исследования на уровень ГЦА в плазме должны проводиться через 8—12 ч после последней дозы препарата спустя 5—7 дней лечения одним и тем же препаратом. Из-за различий во всасывании и метаболизме при одних и тех же дозах ГЦА различия в уровне препарата в плазме достигают разницы в 30—50 раз. Терапевтические диапазоны уровня ГЦА в плазме определены для различных антидепрессантов (см. табл. 12). Нортриптилин является уникальным по своей ассоциации с терапевтическим окном, т. е. при уровне его в плазме выше 150 мг/мл может наступить снижение эффективности. Для врача важно следить за этими направлениями лабораторных исследований, чтобы ощутить надежность применяемых методов тестирования.

Применение анализа уровня ГЦА в плазме в клинической практике все еще остается вопросом, требующим повышения квалификации персонала, занимающегося этим. Определение концентрации в плазме может оказаться важным для

а б л и ц а 12. Нейротрансмиттерные эффекты гетероциклических антидепрессантов (ГЦА, «НСА»)

	Блокада обратного захвата		Блокада рецепторов		
	NE	SHT	Мускариновые АЦХ	Hi	H:
Имипрамин	+	+	++	±	±
Дезипрамин	+++	+	+	—	—
Тримипрамин	+	+	++	++	?
Амитриптилин	+	++	+++	++	++
Нортриптилин	++	+	+	+	+
Протриптилин	+++	+	+	+++	—
Амоксапин	++	+	+	+	
Доксепин	+	+	++	+++	+
Мапротилин	+++	-	+	+	?

подтверждения податливости препарату, поиска причин неудач в лечении и аргументировании рекомендаций для дальнейшего продолжения лечения. Врач должен всегда лечить больного, а не добиваться определенного уровня препарата в плазме. У некоторых больных может быть хорошая клиническая реакция при внешне субтерапевтическом уровне содержания препарата в плазме, а у некоторых реакция наблюдается только на супратерапевтический уровень без побочных эффектов. В последнем случае, однако, врач должен тщательно исследовать состояние больного (например, ЭКГ).

Показания

Приступы тяжелой депрессии как у моно-, так и у биполярных больных являются основным показанием к применению ГЦА. Симптомы меланхолии и предшествующие эпизоды депрессии увеличивают вероятность хорошей реакции на лечение.

Вторичная депрессия. Больные с депрессией, связанной с органическим заболеванием, могут положительно реагировать на терапию ГЦА. Сюда относятся депрессии после сердечно-сосудистых заболеваний и травм ЦНС, а также депрессивные симптомы при некоторых деменциях и расстройствах движения (например, болезнь Паркинсона). Может поддаваться лечению также депрессия, связанная со СПИДом.

Панические реакции. Лучше всего из ГЦА изучен эффект имипрамина при агорафобии с приступами паники, хотя могут быть эффективными и другие препараты. Более ранние данные показывают, что уже небольшие дозы имипрамина (50 мг в день) часто оказываются эффективными, однако недавно полученные данные свидетельствуют о том, что нужно назначать антидепрессанты в обычных дозах.

Генерализованная тревога. Применение доксепина для лечения тревоги одобрено FDA. Имеются данные, что можно использовать также имипрамин, а многие врачи применяют сочетанную терапию —хлозепид и амитриптилин для лечения смешанных расстройств в виде тревоги и депрессии.

Обсессивно-компульсивные расстройства. Обсессивно-компульсивные расстройства классифицируются в соответствии с DSM-III-R и поддаются лечению кломипрамином. Этот препарат отсутствует в США, но имеется в Канаде, и его можно получить, если требуется, через FDA. Ни один из остальных ГЦА не обладает подобным действием.

Расстройства аппетита. И нервная анорексия и булимия успешно поддаются лечению имипрамином и дезимипрамином, хотя в этих случаях эффективны и другие ГЦА.

Боль. ГЦА часто применяются для лечения хронического болевого синдрома, в том числе и головных болей (например, липреин).

Другие синдромы. Имипрамином часто лечат энурез у детей. Язву желудка и психосоматические заболевания можно лечить доксепином, имеющим выраженный антигистаминергический эффект. Другими состояниями, при которых показано лечение ГЦА, являются нарколепсия и ночные кошмары.

Руководство к клиническому применению

Выбор препарата. Выбор препарата из ГЦА или других антидепрессантов должен основываться на принципах, приведенных в разделе 24.1. Все имеющиеся ГЦА одинаково эффективны при лечении групп депрессивных больных. В связи с анти-дофаминергическим действием некоторые врачи рекомендуют использовать амок-сап при психотических депрессиях. Профиль побочных действий у ГЦА различный. Выбор определенного ГЦА по другому показанию, кроме депрессии, должен основываться на знании этого клинического синдрома и анализе новейшей литературы.

Начало лечения. Перед началом лечения ГЦА следует провести обычное клиническое и лабораторное обследование больного. Обычные лабораторные исследования включают анализ крови со счетом кровяных телец и клеток белой крови, а также сывороточных электролитов с тестами на функцию печени. Можно сделать ЭКГ, что особенно необходимо женщинам старше 40 лет и мужчинам старше 30 лет. Надо начинать с малых доз и постепенно увеличивать их. Дозу больным, находящимся в клинике, можно увеличивать быстрее, чем амбулаторным больным, так как за первыми легче вести наблюдение.

Больным надо объяснить, что, хотя сон и аппетит улучшается в течение 1—2 нед, ГЦА следует принимать 3—4 нед, а полный курс лечения длится 6 нед. Иногда важно обсудить с больным, что можно предпринять, если намеченный план лечения не дает результатов к этому времени.

Дозы (табл. 13). Имипрамин, амитриптилин, доксепин, дезипрамин и тримипрамин можно начинать с дозы 75 мг/сут. Дробные дозы в начале курса помогают избежать побочных эффектов, хотя большую дозу препарата следует давать на ночь, чтобы наладить сон, если нужен седативный эффект ГЦА (например, амитриптилин). Иногда вся доза дается на ночь. Протриптилин и менее седативные ГЦА нужно назначать не менее, чем за 2—3 ч перед тем, как больной ложится спать. Для амбулаторных больных дозу можно повышать до 150 мг/сут во вторую неделю, 225 мг/сут в третью неделю и 300 мг/сут в четвертую неделю. Типичной клинической ошибкой является прекращение увеличения дозы, если дается менее 250 мг/сут, а клинический эффект отсутствует. Это может привести к задержке достижения в будущем хорошего терапевтического эффекта, неудаче в лечении и даже прекращению лечения данным препаратом. Врач всегда должен определять пульс и постуральную гипотензию при увеличении дозы.

Другие ГЦА назначаются в других дозах. Нортриптилин надо начинать с дозы 50 мг/сут и поднимать дозу до 150 мг/сут более 3 или 4 нед. Амоксапин надо начинать со 150 мг/сут и увеличивать дозу до 400 мг/сут. Протриптилин следует начинать с 15 мг/сут и увеличивать дозу до 60 мг/сут. Мапротилин может вызывать усиление припадков, если дозу увеличивать слишком или поддерживать на очень высоком уровне. Мапротилин надо начинать с 75 мг/сут и поддерживать эту дозу в течение 2 нед. Дозу можно увеличить через 4 нед до 225 мг/сут, но дальше оставлять на этом уровне лишь 6 нед, снизить до 175—200 мг/сут.

Неудачи в курсе лечения. Если ГЦА применяются 4 нед в максимальных дозах без терапевтического эффекта, врач должен исследовать их уровень в плазме или соответственно изменить дозу. Если уровень в плазме нормальный, добавление лития или альфа-трийодтиронина *(a-triiodo thyronine,* T_{3I}, *Cytomet)* может оказать хорошее действие.

Литий. Литий (900—1200 мг/сут; уровень в сыворотке между 0,6—0,8 мгэкв/л) можно добавлять к ГЦА на период 7—14 дней. Это превращает значительное число резистентных к терапии больных в реагирующих на нее. Механизм действия

а блица 13. Клиническая информация о гетероциклических антидепрессантах (ГАЦ, HCA)

Общее название	Торговое название	Обычный диапазон взрослых доз (мг/сут)	Терапевтический уровень препарата в плазме * (мг/мл)
Имипрамин	Тофранил	150—300**	150—300
Дезипрамин	Норпрамин Пертофран	150—300**	150—300
Тримипрамин	Сурмонтил	150—300**	?
■Чмитриптилин	Элавил	150—300**	150—250**
Нортриптилин	Памелор Авентил	50—150	50—150 (максимум)
Протриптилин	Вивактил	15—60	75—250
Амоксипан	Азендин	150—400	?
Доксепин	Адапин	150—300**	150—250
Мапротилин	Лудиомил	150—225	150—300

* Уровни могут быть несколько различными в разных лабораториях. ** Включает родительские компоненты и метаболиты дезметила.

неизвестен, хотя высказано предположение, что литий потенцирует серотонинергическую нейронную систему. Имеются данные, что для эффективности данного подхода надо предварительно провести лечение ГЦА, а давать сразу оба препарата неэффективно.

L-трнйодтиронин. Добавление 25—50 мг T_3 в день к ГЦА в течение 7—14 дней также может изменить резистентность к препарату на восприимчивость. Побочные эффекты от T_3 незначительны; может быть головная боль и ощущение тепла. Механизм действия усиления, вызываемого T_3, не известен, хотя считается, что имеет место модуляция Р-адренергических рецепторов и наличие неопределяемых изменений тиреоидной функции. Если усиление действия ГЦА происходит, T_3 следует продолжать в течение 2 месяцев, а затем постепенно снижать по 12,5 мг/сут каждые 3—7 дней.

Поддерживающая терапия. ГЦА надо продолжать вводить с максимальной дозой в течение 3—6 мес после выздоровления больного. Затем можно понизить дозу на три четверти от максимальной дозы в течение 1 мес, затем на половину з течение следующего месяца. После чего, если не будет нарушения ГЦА, можно снижать на 25 мг (5 мг для протриптилина) каждые 2—3 дня. Медленное понижение дозы показано для большинства психотропных препаратов, а в случае с ГЦА это помогает избежать холинергического синдрома, включающего тошноту, нарушение функции желудка, потливость, головную боль, боль в области шеи и рвоту. Этот синдром можно лечить возобновлением антидепрессанта в небольших дозах и дальнейшим очень медленным снижением. Имеются случаи явлений «отдачи» в виде мании или гипомании вслед за резкой отменой антидепрессантов. Если больной получает ГЦА вместе с литием, сначала лучше снизить и прекратить давать литий, а затем ГЦА. Клинические исследования, подтверждающие эту рекомендацию, отсутствуют, но она основана на мнении большинства врачей, применяющих этот метод.

И ГЦА, и литий необходимы для предотвращения рецидива депрессивного приступа. Решение применить профилактическое лечение основывается на тяжести и природе расстройства у данного больного. Имеются данные, указывающие на то, что хроническое применение антидепрессантов может вызвать переход к быстро меняющемуся биполярному течению. Профилактика с помощью лития потому может быть альтернативным лечением больного с частыми, периодическими и тяжелыми депрессивными приступами.

Некоторые исследователи считают, что решить вопрос о поддерживающей терапии ГЦА и другими антидепрессантами можно с помощью нейроэндокринных

тестов. В частности, нормализация ранее нарушенного дексаметазонового теста или теста на высвобождение рилизинг-гормона может указывать, что больной может обойтись без антидепрессантов. Однако применение нейроэндокринных тестов все еще находится в стадии исследования.

Сочетание лекарственных препаратов

Кроме комбинации ГЦА с литием, T_3 и бензодиазепином, о которых говорилось выше, ГЦА также применяются вместе с антипсихотическими препаратами, ингибиторами МАО и электрошоковой терапией. Комбинация ГЦА с антипсихотиками является предпочтительной терапией для психотической депрессии, хотя некоторые врачи рекомендуют использовать только амоксапин. Дозу нейролептика нужно постепенно снижать, а затем совсем отменять, как можно раньше, если депрессия уменьшается под действием ГЦА. ГЦА иногда сочетаются с электросудорожной терапией, для того, чтобы продлить клиническое улучшение.

Сочетание ГЦА и ингибиторов МАО иногда применяется у больных, которые не поддаются другим видам терапии. Это не тот вид лечения, который выбирается первым или вторым в связи с большим числом побочных эффектов. Начинать лечение с комбинации этих лекарств следует обязательно с небольших доз каждого и повышать дозы очень медленно. Имипрамин и тримипрамин нельзя применять вместе с ингибиторами МАО, так как это вызывает особенно много побочных токсических действий, включая беспокойство, головокружение, дрожание, подергивание мышц, потливость, конвульсии, гипертермию и иногда — смерть.

Если больной получает ГЦА, доза ГЦА должна быть разделена на четыре части в течение 5—7 дней, и только после этого можно начать постепенно добавлять ингибиторы МАО. Если больной получает ингибиторы МАО, препарат надо отменить на 2 нед и начать давать оба препарата вместе. Причина этой последней стратегии в том, что ингибитор МАО необратимо тормозит моноаминоксидазу, и надо приблизительно 2 нед для того, чтобы был достигнут нормальный уровень МАО.

Побочные действия

Психиатрические побочные действия. Главным побочным действием всех ГЦА является возможность развития маниакального приступа как у биполярных больных, так и у больных без наблюдавшихся ранее биполярных расстройств. Врач должен тщательно следить за этим побочным действием у биполярных больных, особенно если вызванная ГЦА мания имела место в прошлом. Рекомендуется лечить этих больных очень малыми дозами.

Антихолинергические. Больных надо предупреждать о том, что часто имеют место антихолинергические эффекты, но что к ним может выработаться толерантность при длительном лечении. Наибольшим антихолинергическим эффектом обладают амитриптилин, имипрамин, тримипрамин и доксепин; менее выраженным— амокспин, нортриптилин и мапротилин, а наименьшим—дезипрамин.

ГЦА различаются по своей способности вызывать сухость во рту, запор, неотчетливое зрение и задержку мочи. Жевательная резинка или леденцы, не содержащие сахара, или фтористые таблетки могут уменьшать сухость во рту. Бетанехол *(Bethanechol, Urecholine)* по 25—50 мс три раза в день или четыре раза в день могут снижать нарушения мочевыведения и оказывать положительный эффект при импотенции, если его принимать за 30 мин перед половыми сношениями. Закрытоу-гольная глаукома также может усиливаться под действием антихолинергических препаратов, а усиление глаукомы требует немедленного лечения миотиками. ГЦА можно применять у больных с глаукомой только в том случае, если им одновременно вводится пилокарпин в глаз. Более тяжелые антихолинергические эффекты могут привести к антихолинергическому действию на ЦНС со спутанностью и делирием, особенно если ГЦА вводятся вместе с антипсихотическими и антихоли-нергическими веществами. Некоторые врачи вводят физостигмин в/м или в/в как

диагностический инструмент для подтверждения наличия антихолинергического делирия.

Седативные. Седативный эффект часто наблюдается при приеме антидепрессантов, и он может быть полезным, если больного беспокоит бессонница. Седативный эффект ГЦА обусловлен серотонинергической, холинергической и гистаминергической (Н,) активностью. Наибольшим седативным эффектом обладают амитриптилин, тримипрамин, доксепин и тразадон; имипрамин, амоксанин, нортриптилин и мапротимин имеют слабый седативный эффект, а дезипрамин и проптриптилин почти не обладают им.

Вегетативные. Наиболее частым вегетативным эффектом, частично связанным с блокадой альфа-адренергических систем, являются ортостатические гипотензии, в результате которых больные иногда падают и наносят себе повреждения. Меньше всего из ГЦА этот эффект у нортриптилина; у некоторых больных эффективно бороться с этим осложнением позволяет флудрокортизон *(Fludrocortizone, Florineb),* 0,025—0,05 мг два раза в день. Другим возможным осложнением со стороны вегетативной системы являются потливость, сердцебиение и повышение артериального давления.

Влияние на сердечную деятельность. При введении в обычных терапевтических дозах ГЦА может вызвать тахикардию, уплощение зубцов *T,* удлинение интервалов *Q*— Г и подавление сегментов *S*— Г на ЭКГ. Показано, что имипрамин обладает хинидиноподобным эффектом при терапевтическом уровне содержания препарата в плазме и, действительно, может снижать число преждевременных сокращений желудочков. Вследствие того, что эти препараты могут увеличивать время проведения возбуждения, они противопоказаны больным, у которых уже имеются нарушения проводимости. У больных с нарушением сердечной деятельности ГЦА назначаются в небольших дозах при условии контроля за сердечной функцией. При высоком уровне препаратов в плазме, т. е. при передозировке препарата, может иметь место аритмогенное действие.

Неврологические. Кроме седативных побочных эффектов, вызванных ТЦА, и возможности воникновения вызванного антихолинергическими веществами делирия, два ГЦА—дезипрамин и протриптилин вызывают психомоторную стимуляцию. Часто имеют место миоклонические подергивания и тремор языка и верхних конечностей. Более редко наступает блокада речи, парестезии, перонеальный паралич и атаксия.

Амоксапин является уникальным в том смысле, что он вызывает акатезию и даже дискинезию из-за дофаминергической блокирующей активности одного из его метаболитов. Митроптилин может вызывать припадки, когда его доза увеличивается слишком быстро или остается высокой в течение длительного времени. Амоксапин может также быть слегка более эпилептогенным, чем другие ГЦА. Однако все ГЦА могут вызывать припадки у больных, страдающих эпилепсией или органическими заболеваниями мозга. Хотя ГЦА все-таки могут использоваться у таких больных, начальные дозы должны быть ниже и подниматься более медленно.

Аллергические. Экзантематозная сыпь отмечается у 4—5% больных, получающих лечение мапротилином. Желтуха наблюдается очень редко. Агропулоцитоз, лейкоцитоз, лейкопения и эозинофилия также являются редкими осложнениями при лечении ГЦА. Однако больному, у которого появляется боль в горле и лихорадка во врем"я первых нескольких месяцев лечения ГЦА, следует немедленно сделать анализ крови.

Другие побочные действия. Типичной является прибавка массы тела, обусловленная прежде всего блокадой гистаминных рецепторов типа 2. Если это сильно беспокоит, можно сменить препарат на тразадон, атипичный антидепрессант. Импотенция представляет собой редкое осложнение и чаще наблюдается при использовании амоксанина из-за того, что он блокирует дофаминовые рецепторы в тубероинфундибулярном тракте. Амоксапин может также обусловливать гиперпролактинемию, галакторею, аноргазмию и нарушения эякуляции. Другие ГЦА вызывают также гинекомастию и аменорею. При лечении ГЦА отмечается также нарушение секреции антидиуретического гормона.

Суицидальные попытки с помощью передозировки. Передозировка ГЦА вызы-

вает очень серьезные нарушения и часто является фатальной. Необходимо забирать рецепты после однократной выдачи лекарства; выписывать их следует не дольше, чем на одну неделю. Амоксапин чаще других препаратов, относящихся к ГЦА, может вызывать смерть при суицидальной попытке с помощью передозировки. Симптомы передозировки включают ажитацию, делирий, конвульсии, повышение глубоких сухожильных рефлексов, паралич кишечника и мочевого пузыря, нарушение регуляции артериального давления и температуры и мидриаз. Затем эти нарушения переходят в кому и может развиться подавление дыхания. Сердечная аритмия иногда не поддается коррекции. Из-за длительного полупериода жизни ГЦА у этих больных имеется риск развития сердечной аритмии через 3—4 ч после суицидальной попытки путем передозировки, поэтому надо тщательно следить за такими больными.

Взаимодействия лекарства с лекарством

Антигипертензивные. ГЦА блокируют нейронный обратный захват октадина, который требуется для антигипертензивной активности. Антигипертензивные эффекты пропранолола и клонидина могут также блокироваться ГЦА. Совместное введение ГЦА с альфа-метилдофой может вызвать нарушения поведения в виде ажитации.

Аытипсихотикн. Уровень в плазме как ГЦА, так и антипсихотиков увеличивается при их совместном введении. Антипсихотики также усиливают антихолинергический и седативный эффект ГЦА.

Вещества, подавляющие ЦНС, опиоиды, алкоголь, анксиолитики, снотворные и подпольно распространяемые вещества имеют аддитивные действия, обусловливая подавление ЦНС, когда они вводятся вместе с ГЦА.

Оральные контрацептивы. Противозачаточные таблетки могут снижать уровень ГЦА в плазме, действуя через ферменты печени.

Другие фармакокинетические взаимодействия

Уровень ГЦА в плазме может повышаться ацетозоламидом, ацетилсалициловой кислотой, тиазидовыми диуретиками, бикарбонатом натрия. Понижение уровня ГЦА в плазме может быть обусловлено аскорбиновой кислотой, хлоридом аммония, барбитуратами, курением сигарет, хлоралгидратом, литием и гексамидином.

ИНГИБИТОРЫ МОНОАМИНОКСИДАЗЫ

Ингибиторы моноаминооксидазы (МАО), возможно, столь же эффективны при лечении депрессий, как и ГЦА, хотя мнения по этому вопросу противоречивы. Когда они были впервые внедрены в клиническую практику, не было еще знаний относительно риска развития гипертензивного кризиса, обусловленного тирамином, что в свою очередь приводило к фатальному исходу и временно эти вещества были сняты с производства. В настоящее время эти вещества так же безопасны, как и ГЦА, если соблюдать отдельную диету. Некоторые врачи считают, что ингибиторы МАО недооцениваются в отношении их эффективности как антидепрессантов.

Классификация

На рис. 4 представлены ингибиторы МАО, имеющиеся в США. Фенелзин и изокарбоксазид являются производными гидразина (CNN — часть гидразина), а транилципромин—дериватом серотонина. Хлоргилин может быть особенно эффективным при лечении депрессий у биполярных больных, у которых часто ме-

Рис. 4. Ингибиторы моноаминоксидазы.

Био.оз^с ков ;а 3 е _название_	на^ваХе	для взрослых диапазон доз (мг/сут)^
Изокарбоксалид	Марплан	10 - 30
Фенелзин	Нардил	15 - 90
Транилципромин	Парнат	10 - 30

няется цикл, но его нет в США. Мелипрамин является специфическим ингибитором МАО-А (подтип фермента, более специфического для дофамина), но он также отсутствует в США и не очень эффективен как антидепрессант.

Фармакокинетика

Ингибиторы МАО легко всасываются при приеме внутрь через рот. Гидразиновые ингибиторы МАО метаболизируются ацетилацией. Около половины жителей Северной Америки и Европы и даже больше—Азии ацетилируют медленно, чем можно объяснить, почему у одних больных отмечается больше побочных действий, чем у других.

Фармакодинамика

Ингибиторы МАО необратимо тормозят моноаминоксидазу; максимум торможения наступает через 5—10 дней лечения. Для получения эффекта от антидепрессантов, однако, требуется от 3 до 6 нед. Измерение активности МАО в тромбоцитах может использоваться как индикатор торможения МАО. Чтобы достигнуть терапевтического уровня, необходимо, чтобы тромбоцитарная активность МАО снизилась на 80%. Поскольку МАО тромбоцитов относится к В-типу, этот показатель не может использоваться, если исследуется действие хлоргилина. Так как торможение.МАО ингибиторами МАО необратимо, требуется приблизительно 2 нед после прекращения их введения, до того, как организм синтезирует достаточно МАО, чтобы ее концентрация достигла исходного уровня.

Показания к применению ингибиторов МАО весьма сходны с показаниями к применению ГЦА. Ингибиторы МАО особенно эффективны при агорафобии с приступами паники, синдромами посттравматического стресса, нарушениях аппетита и болевых синдромах. Некоторые исследователи сообщают, что ингибиторы МАО предпочтительнее ГЦА в лечении атипичных депрессий, характеризующихся гиперсомнией, гиперфагией, тревогой и отсутствием вегетативных симптомов. Эти депрессии часто менее тяжелы, у больных наблюдается меньше функциональных нарушений. Курс лечения ингибиторами МАО показан всем депрессивным больным, которым не помог курс лечения ГЦА.

Указания к клиническому применению

Принципиальных показаний к выбору того или другого из ингибиторов МАО нет, за исключением того, что транилципромин имеет самую высокую активность.

Фенелзин следует начинать с дозы 15 мг в первый день. Для амбулаторных больных дозу надо увеличивать до 45 мг/сут в течение первой недели, а затем повышать по 15 мг/сут каждую неделю, вплоть до 90 мг/сут к концу четвертой недели. Транилципромин и изокарбоксазид надо начинать с дозы 10 мг/сут, а затем увеличивать до 30 мг/сут к концу первой недели. Некоторые исследователи считают, что верхними пределами является 50 мг для изокарбоксазида и 40 мг для транилци-промина. Если курс лечения ингибиторами МАО не дает желаемого эффекта в течение 6 нед, применяется усиление литием или T_3, как это описано для ГЦА. Показания для поддерживающей терапии ингибиторами МАО сходны с показаниями относительно ГЦА. Комбинированная терапия ингибиторами МАО и ГЦА описана в предыдущем разделе для ГЦА.

Побочные эффекты

Побочные эффекты от введения ингибиторов МАО вполне сходны с описанными для ГЦА. Наиболее частыми побочными эффектами являются гипотензия, прибавка в весе, отек, сексуальная дисфункция и бессонница. Если имеет место тяжелая гипотензия, можно применить флудрокортизон, минералокортикоид, в дозах 0,1—0,2 мг/сут, поддерживающие опоры, корсеты, гидратацию и увеличить потребление соли. На прибавку массы тела, отеки и сексуальную дисфункцию часто не действует никакое лечение; при этом рекомендуется переход от гидразинового ингибитора МАО к негидразиновому, и наоборот. При переходе от одного ингибитора МАО к другому лучше снижать дозу постепенно и прекращать лечение за 10—14 дней до начала применения другого препарата. Бессонницу и поведенческую активацию можно лечить дробными дозами, не назначать препарат после обеда и, если нужно, назначать бензодиазепины как снотворные. Бессонницу может сопровождать днем парадоксальная сонливость. Иногда у больных, получающих лечение ингибиторами МАО, наблюдается миоклонус, мышечные боли и парестезии. Иногда имеет также место чувство опьянения или спутанность; при этом следует снизить дозу и затем повышать ее более постепенно. Изредка появляются сообщения о гепатотоксическом влиянии на печень. Ингибиторы МАО, по-видимому, менее кардиотоксичны и менее эпилептогенны, чем ГЦА. ,

Гнпертензнвные кризы, вызванные тирамнном. Когда больные, которые принимают ингибиторы МАО, потребляют пищу, богатую тиронином, у них может иметь место угрожающая жизни гипертензивная реакция (нарушения сердечно-сосудистой деятельности). Ниже приводятся пищевые продукты, богатые тирамином, которых следует избегать больным, находящимся на лечении ингибиторами МАО, с очень высоким содержанием тирамина — алкоголь (особенно пиво и вина, в частности, кьянти; небольшое количество виски, джина, водки или коньяка позволяется); кормовые бобы; старый сыр (камамбер, людерккранд, эдамский и чеддер; мягкие и творожные сыры разрешаются); бифштекс или куриная печень; мякоть апельсина; маринованная или копченая рыба, птица и мясо; супы (в пакетиках); витаминные включения в дрожжи; мясные экстракты; летняя (сухая) колбаса; с умеренным содержанием тирамина (не более одной или двух порций в день): соевый соус, сметана, бананы (зеленые бананы—только в вареном виде), авокадо, баклажаны, сливы, изюм, шпинат, томаты, йогурт. Больных надо предупреждать, что пчелиный мед также может вызвать гипертензивный криз. Механизм этих нарушений — торможение МАО в желудочно-кишечном тракте, что приводит к увеличению всасывания тирамина, который действует как ложный нейротрансмит-тер. Повышение концентрации норадреналина в пресинаптических окончаниях является результатом торможения МАО-А и может быть еще более значимым фактором, вызывающим эти гипертензивные кризы.

Больных следует предупредить о том, как опасно потреблять пищу, богатую тиронином во время лечения ингибиторами МАО, и им надо посоветовать про-

должать соблюдать диету еще 2 нед спустя после прекращения лечения ингибиторами МАО, чтобы дать возможность организму вновь синтезировать фермент. Продромальные симптомы гипертензивного криза включают головную боль, ригидность шеи, потливость, тошноту и рвоту. Если эти симптомы появляются, больного надо сразу лечить. Лечение заключается во введении альфа-адренергических блокаторов, таких как фентоламин. Можно использовать также аминазин, и некоторые врачи назначают своим больным несколько таблеток по 50 мг аминазина, как средство, оказывающее неотложную помощь. Головная боль, развивающаяся в результате гипотензивных эффектов ингибиторов МАО, может, однако, дезориентировать больного и путем еще более гипотензивных препаратов может привести к обмороку и, возможнодравме.

Попытки суицида путем передозировки. В целом интоксикация, обусловленная ингибиторами МАО, характеризуется ажитацией, которая может усиливаться до комы с гипертермией, гипертензией, тахипноэ, тахикардией, расширением зрачков и усилением сухожильных рефлексов. Могут возникать непроизвольные движения, особенно лица и челюсти.

Перед появлением токсического эффекта обычно наблюдается асимптоматический период от 1 до 6 ч. Окисление мочи значительно ускоряет экскрецию ингибиторов МАО, и некоторую пользу может принести диализ. Фентоламин и аминазин оказывают хороший эффект при гипотензии.

Взаимодействия между лекарствами

Торможение МАО может вызвать тяжелые или даже летальные последствия при взаимодействии различных лекарств. Ниже приводится список препаратов, которых следует избегать при лечении ингибиторами МАО. Никогда нельзя применять: анестезию — ни в коем случае спинальную анестезию или местную, содержащую адреналин (лидокаин и прокаин безопасны); антиастматические препараты: антигипертензивные (альфа-метилдофа, октадин, резерпин, паргилин); L-дофа, L-триптофан; наркотики (особенно липеридин), морфий или кодеин менее опасны; средства против сенной лихорадки, особенно содержащие декстраметор-фан (аспирин, ацетоминофен и таблетки ментола безопасны); симпатомиметики (фенамин, кокаин, меридил, дофамин, метараминол, адреналин, норадреналин, изадрин). Следует применять с осторожностью: антигистаминные апрессин, ана-прилин, терпингидрат с кодеином. Больным нужно сказать, чтобы они объясняли врачам-терапевтам, какие препараты они получают, когда они проходят курс лечения ингибиторами МАО.

АТИПИЧНЫЕ АНТИДЕПРЕССАНТЫ

Атипичные антидепрессанты называются также антидепрессантами второго поколения (рис. 5). Хотя показано, что имеющиеся атипичные депрессанты клинически эффективны, все же целесообразно перед тем, как перейти к антидепрессантам второго поколения, провести курс лечения ГЦА или ингибиторами МАО.

Тразодон

Тразодон *(Desyret)* имеется в США и рекомендуется для лечения депрессий. Тразодон является производным триазолопиридина и, таким образом, содержит триазоловое кольцо, так же как альпрозолам, другой атипичный антидепрессант. Некоторые врачи считают, что тразодон менее эффективен, чем ГЦА или ингибиторы МАО; однако, возможно, они использовали тразодон в недостаточно высоких дозах, которые должны примерно в два раза превышать дозы ГЦА. Тразодон тормозит обратный захват серотонина и является также блокатором альфа-адренергических рецепторов. У него очень низкая антихолинергическая активность, и он является предпочтительным препаратом при наличии у больного гипертрофии предстательной железы или закрытоугольной глаукомы.

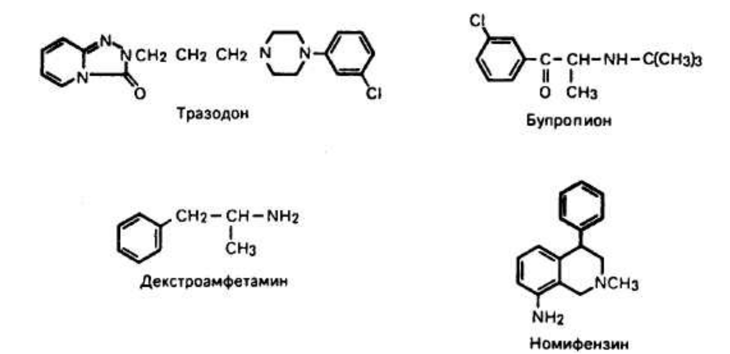


Рис. 5. Молекулярная структура некоторых атипичных и симпатомиметических депрессантов.

Так как тразодон обладает выраженным седативным эффектом, он рекомендуется в качестве хорошего средства против бессонницы. Начальная доза должна быть 50 мг/сут; затем ее увеличивают до 150 мг/сут к концу первой недели. Затем дозу можно увеличивать до 75—100 мг/сут каждую неделю, пока не будет достигнута максимальная доза 600 мг/сут.

Типичным побочным эффектом является седативный, а также сухость во рту, являющаяся вторичной по отношению к альфа-адренергической блокаде. Отмечаются острые головокружения, головная боль, тошнота. Тразодон является относительно менее опасным в отношении летального исхода по сравнению с ГЦА при суицидальных попытках с помощью передозировки. Необычным побочным эффектом тразодона может быть приапизм, и больных надо предупреждать, что они должны в этом случае немедленно прибегнуть к врачебной помощи, если эрекция продолжается 1 ч. Нелеченый приапизм может привести к импотенции. Тразодон может также вызывать сердечную аритмию у больных с пролапсом митрального клапана.

Альпразолам

Альпразолам является триазолобензодиазепином, который оказывает выраженный эффект против панических реакций и небольшое антидепрессивное действие. Механизм действия альпразолама, как предполагается, состоит в нарушении функции G-протеинов и аденилатциклазы. Начальная доза должна быть 1—1,5 мг/сут, затем ее увеличивают на 0,5 мг каждые 3—4 дня. Максимальная доза обычно 4—5 мг/сут, хотя некоторые исследователи и врачи применяют 10 мг/сут. Очень важно снижать дозу постепенно перед тем, как прекратить введение альпразолама, обычно по 0,5 мг/сут каждые 3—4 дня. Основной побочный эффект альпразолама —седативный.

Бупроприон

Бупроприон является унициклическим веществом, которое имелось в США, но затем было отменено из-за токсических побочных эффектов. Его механизм действия неясен, но он, по-видимому, блокирует обратный захват дофамина. Хотя он быстро не действует на бессонницу, но имеет меньше побочных эффектов в виде ортостатической гипотензии, прибавки веса или антихолинергических действий.

Номифензин

Номифензин является тетрагидроизоквинолиновым препаратом *(tetrahydroisoquinoline),* который был распространен в США, но затем от него отказались из-за случаев гемолитической анемии и смерти больных, лечившихся этим препаратом. Номифензин — блокатор обратного захвата норадреналина и дофамина. В связи со стимулирующим действием он наиболее показан анергическим больным. Побочных эффектов мало — нарушение сна, тахикардия и легкая гипертензия. Препарат имеет относительно короткий полупериод жизни, поэтому его приходится вводить 2—3 раза в день.

Другие атипичные антидепрессанты

Хотя других атипичных антидепрессантов для клинического применения в США нет, многие из них проходят различные стадии разработки и исследования. Флуоксетин *(Fluoxetine)* блокирует обратный захват серотонина; это его первичное острое действие. Использование этого препарата вызывает обычные антихолинер-гические побочные действия, а терапевтический эффект требует 2—3 нед. Флуоксетин не обладает седативным действием и может оказывать даже несколько активирующее действие на больных. Препарат вызывает снижение массы тела, в отличие от большинства других антидепрессантов.

Стандартная доза составляет 60—80 мг/сут в дробных дозах. Зимелдин *(zimel-dine)* и циталопрам *{citalopram)* являются также потенциальными ингибиторами обратного захвата серотонина, мианзерин *(mianzerine)* может действовать как блокатор пресинаптических (a_2-адренергических рецепторов, а механизм действия иприндола *(iprindole)* неизвестен.

СИМПАТОМИМЕТИКИ

Декстроамфетамин, меридил и пемолиновая магнезия являются симпатомиметиками, которые могут иметь лечебное действие при лечении некоторых больных депрессией (см. рис. 5). Декстроамфетамин и метилфендиат являются препаратами класса II и требуют выписки рецепторов в трех экземплярах. Фенфлурамин представляет собой фенаминподобное вещество, которое действует первично на серотонин и может быть полезным для лечения аутизма. Предполагается, что эти вещества менее эффективны для лечения депрессии, чем ранее обсуждавшиеся, и все препараты вызывают сильное привыкание. Симпатомиметические вещества действуют путем обратного захвата и усиления высвобождения катехоламинов. Применение этих препаратов может быть показано для лечения резистентных больных и в ситуациях, в которых требуется быстрая реакция, а проведение ЭСТ противопоказано. Симпатомиметики эффективны также при лечении гиперактивных расстройств с дефицитом внимания.

Некоторые врачи применяют пемолиновую магнезию из-за того, что она, прежде всего, вызывает меньшее привыкание. Пемолин надо назначать с 37,5 мг два раза в день, причем второй раз препарат дается в 2 часа дня. Эту дозу можно увеличить до 75 мг/сут в течение недели, и улучшение может наступить к концу 2 нед. Декстроамфетамин можно начинать в дозе 10 мг/сут и уве-

личивать до 30 мг/сут; метилфендиат можно начинать в дозе 20 мг/сут и увеличивать дозу до 60 мг/сут. Побочные эффекты включают учащение пульса, повышение артериального давления, понижение аппетита и сна, а иногда чувство нервного возбуждения. У некоторых больных развивается толерантность к действию антидепрессирующих эффектов этих препаратов. Физическая зависимость и симптомы подавления аутизма могут появиться при применении всех трех препаратов.

ДРУГИЕ ПРЕПАРАТЫ, ИСПОЛЬЗУЕМЫЕ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ДЕПРЕССИИ

У некоторых больных хороший эффект наблюдается при введении одного только лития, это имеет место приблизительно у половины биполярных больных. Начало действия, однако, как правило, довольно медленное, и обычно бывает необходимым добавление ГЦ А.

Карбамазепин оказался очень сходным с литием при лечении биполярных больных. Хотя относительно использования карбамазепина для лечения депрессий имеется очень мало данных, при необычном течении назначение этого препарата может вызвать хороший эффект.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

Callies A.L., Popkin M.K. Antidepressant treatment of medical and surgical inpatients by nonpsychiatric physicians.—Arch. Gen. Psychiatry, 1987, 44, 157.

Cassem N. Cardiovascular effects of antidepressants.—J. Clin. Psychiatry, 1982, 43, 11, 22.

Chiarello R. J., Cole J. O. The use of psychostimulants in general psychiatry: A reconsideration.—Arch. Gen. Psychiatry, 1987, 44, 286.

Garvey M. J., Tollefson G. D. Occurrence of myoclonus in patients treated with cyclic antidepressants.—Arch. Gen. Psychiatry, 1987, 44, 269.

Georgotas A., McCue R. E., Friedman E., Cooper T. Prediction of response to nortrypty-line and phenelzine by platelet MAO activity.— Am. J. Psychiatry, 1987, 144, 338.

Jabbari B., Bryan G. E., Marsh E. E., Gunderson C H. Incidence of seizures with tricyc-lic antidepressants.— Arch. Neurology, 1985, 42, 480.

Maas J. W., Koslow S.H., Davis J. et al. Catecholamine metabolism and disposition in healthy and depressed subjects.—Arch. Gen. Psychiatry, 1987, 44, 337.

Me Daniel %.. D. Review: Clinical pharmacology of monoamine oxidase inhibitors.— Clin. Neuropharmacology, 1986, 9, 207.

NIMH/NIH Consensus Development Panel; Mood disorders: Pharmacologic prevention of recurrences.—Am. J. Psychiatry, 1985, 142, 469.

Potter W.Z., Murphy D.L., Wehr T.A. Clorgyline.—Arch. Gen. Psychiatry, 1982, 39, 505.

Rabkin J., Quitkin F., Harrison W. Adverse Reactions to monoamine oxidase inhibitors—J. Clin. Psychopharm., Part I, 270, 1984; II, 4:270, 5:2, 1984, 1985.

Rickels K., Feighner J. P., Smith W. T. Alprazolam, amitriptyline, doxepin, and placebo in the treatment of depression.— Arch. Gen. Psychiatry, 1985, 42, 143.

Robertson M., Trimble M. Major tranquilizers used as antidepressants — A review.— J. Affective Disorders, 1982, 4, 173.

Roose S. P., Glassman A.H., Giardina E. G. V. et al. Tricyclic antidepressants in depressed patients with cardiac conduction disease.— Arch. Gen. Psychiatry, 1987, 44, 273.
Roy A., Everett D., Pickar D., Paul S.M. Platelet initiated imipramine binding and serotonin uptake in depressed patients and controls.— Arch. Gen. Psychiatry, 1987, 4, 22.
White K., Simpson G. Combined MAOI-tricyclic antidepressant treatment: A reevalua-tion.—J. Clin. Psychopharm., 1981, 1, 264.

24.4. ЛЕКАРСТВА, ПРИМЕНЯЕМЫЕ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ БИПОЛЯРНЫХ РАССТРОЙСТВ

ВВЕДЕНИЕ

Имеется целый ряд препаратов для лечения биполярных расстройств, однако их нельзя получить для клинического применения (табл. 14). Литий, содержащий соли (например, углекислый литий или цитрат лития) является основным препаратом для лечения биполярного расстройства. Последние пять лет для лечения этого заболевания применяются также противосудорожные препараты (карбамазепин и вальпроат натрия). Левотироксин *(Levotheroxine)* иногда применяется для усиления клинической реакции на эти препараты у больных с быстрой сменой циклов. И, в заключение, имеются сообщения о том, что ингибиторы кальциевых каналов (например, верапамил), антиконвульсант бензодиазепинового ряда (клоназепам) и a_2-адренергический агонист (клонидин) также оказались эффективными при лечении этих заболеваний.

Таблица 14. Препараты, используемые для лечения биполярных расстройств

Класс	Общее название	Препарат в виде и эффект	Торговое название
Соли лития	Карбонат лития	Таблетки и капсулы	Эскалиф Литан Литотабс
		Устойчивое улучшение	Эскалин Литобид
Антиконвульсант (противосудорожные)	Карбамазепин	Таблетки и капсулы	Клопонин
	Вальпрониевая кислота	Таблетки и капсулы	Депакин Лепокейт
	Клоназепам (бензодиазепин)	Таблетки и капсулы	Клонопин
Ингибиторы кальциевых каналов	Верапрамин	Таблетки и капсулы	Изоптин Калан
а-2-адренергический агонист	Клонидин	Таблетки и капсулы	Катапрез

ЛИТИЙ

Классификация

Литий является элементом и самым легким из щелочных металлов (группа 1а периодической системы), сходным с натрием, калием, магнезией или кальцием. Максимум уровня в сыворотке достигается через 0,5—2 ч, а для медленно высвобождающихся препаратов — через 4—4,5 ч. Литий не связывается с протеинами плазмы и распределяется неравномерно в жидкостях тела. Полупериод жизни лития около 20 ч и устойчивое содержание достигается через 5—7 дней при регулярном приеме. Литий почти полностью выводится почками. Почечный клиренс лития снижается при почечной недостаточности и родах и увеличивается во время беременности. Литий экскретируется в грудное молоко и содержится в небольшом количестве в фекалиях и поте.

Фармакодинамика

Терапевтический механизм лития остается неизвестным. В настоящее время наиболее распространена точка зрения, что литий действует, блокируя фермент инозитол-1-фосфатазу внутри нейронов, что редуцирует превращение из инозитолтрифосфата в фосфатидилинозитол. В результате этого торможения снижается клеточная реакция на нейротрансмиттеры, которые связаны с вторичной системой изонитолфосфатидила.

Показания

Биполярные расстройства. Литий оказался эффективным как при остром лечении, так и для профилактики биполярных расстройств приблизительно у 70—80% больных. Только одним литием можно лечить как маниакальные, так и депрессивные приступы. Однако в связи с тем, что лечение одним только литием занимает много времени, маниакальные приступы обычно лечат литием вместе с антипсихотиками, а депрессивные состояния — литием и антидепрессантами. Врачи должны помнить, что при лечении антидепрессантами возможны маниакальные эпизоды. В большинстве исследований сообщается, что поддерживающая терапия литием предупреждает рецидивы, а те рецидивы, которые все же возникают, протекают менее тяжело. Профилактическое действие лития, однако, не проявляется ранее, чем через несколько месяцев. Поэтому рецидив, наблюдающийся в течение этого времени, не следует рассматривать как неэффективность действия лития. Лечение литием показано некоторым больным циклотимией.

Шизоаффективные расстройства. Применение лития для лечения шизоаффективного расстройства (маниакальный тип) очень рекомендуется. Если у некоторых из этих больных наблюдаются депрессивные эпизоды и течение имеет особенно выраженный циклический характер, лечение литием также показано.

Тяжелая депрессия. Основным показанием к применению лития при депрессии является его использование как вспомогательного средства лечения ГЦА и ингибиторами МАО для того, чтобы превратить резистентного к терапии антидепрессантами больного в воспринимающего эту терапию. Литий может быть также эффективным у больных депрессией, которые фактически являются биполярными, но у которых еще не наблюдается первый максимальный эпизод. Более того, литий, по некоторым данным, эффективен при униполярной депрессии, если заболевание протекает очень циклично.

Шизофрения. Приблизительно от $^1/_5$ до '/г больных шизофренией ощущают улучшение, когда к получаемой ими терапии добавляют литий. Больные, которые не могут получать терапию антипсихотиками, также лечатся литием. Литий ослабляет вспышки гнева у больных шизофренией.

Импульсивные расстройства. Импульсивные расстройства включают эпизоды ярости и агрессии. Больные, которые заранее не планируют этих вспышек и у кото-

рых эти эпизоды возникают без видимой причины, испытывают облегчение под влиянием лития. Эпизодические вспышки гнева у больных с умственной ретардацией также могут сниматься литием.

Другие расстройства. Имеются данные, что эпизодические расстройства, наблюдающиеся в предменструальном периоде, периодические нарушения, имеющие место у больных с пограничными состояниями и у больных с психической ретардацией, также могут снижаться под влиянием лития.

Руководство к клиническому применению

Литий является предпочтительным препаратом для лечения больных биполярным расстройством, если только нет противопоказаний к лечению этим препаратом и определенных показаний к лечению другими препаратами.

Начало лечения. Перед началом лечения следует провести обычное клиническое и лабораторное обследование. Лабораторное исследование должно включать уровень креатинина (или креатинин в моче за 24 ч, если есть сомнения относительно функции почек), функцию щитовидной железы (T_4, T_3, R_4, FT и I и ТСГ), анализ крови, ЭКГ и тест на беременность, если есть подозрение на это.

Дозировка. Если больной ранее лечился литием и доза, которая использовалась в прошлый раз, известна, целесообразно начинать лечение с этой дозы, если только не произошли изменения в клиренсе лития. Для взрослых больных, рекомендуется начинать лечение с дозы лития на 300 мг на один прием. У более пожилых больных и у больных с нарушением функции почек доза должна составлять 300 мг один или два раза в день. Обычные дозы варьируют от 300 до 2100 мг/сут. Концентрация лития в сыворотке достигается через 5 дней, а в острых случаях можно достигнуть уровня препарата в сыворотке между 0,8 и 1,2 ЕД. Уровень лития следует определять через 12 ч после последней дозы. Уровень лития у больных, леченных медленно высвобождающимися препаратами, приблизительно на 30% выше. Применение дробных доз (от 3 до 4 доз в 1 сут) снижает расстройства клинической функции и помогает избежать наличия одного большого пика в уровне лития. В настоящее время широко обсуждается, верно ли утверждение о том, что несколько небольших пиков в день вызывают меньше побочных эффектов, чем один большой. Однако в настоящее время единая доза, которую можно считать стандартной, не установлена. Препараты медленно высвобождающегося лития можно давать два или три раза в день, и пик лития будет ниже, но преимущества такого метода пока еще не доказаны. Терапевтический курс лечения может продолжаться минимум 4—6 нед. Если к этому времени отмечается хоть какая-то реакция, в последующие 5 мес может наступить улучшение. Если лечение литием успешно, его можно продолжать минимум 6—9 мес, затем постепенно снижать дозу в течение месяца, если только больному не назначается профилактический курс поддерживающей терапии.

Уровни лития. Уровни лития у больного должны контролироваться еженедельно в течение первого месяца, а затем 1 раз в 2 нед в течение второго месяца. После 6 мес рекомендуется проверять уровень лития каждые 2 мес. Если состояние больного на литии стабильно в течение 1 года, можно проверять уровень его 3—4 раза в год.

Что нужно знать больному. Больному надо сказать, что изменения количества воды в организме и содержания соли влияют на количество выводимого из организма лития, в результате чего уровень лития либо повышается, либо понижается. Чрезмерное потребление натрия (например, резкое изменение диеты) вызовет снижение уровня лития. Напротив, слишком мало натрия (например, причудливая диета) потенциально может привести к токсическому уровню лития. Снижение жидкости в организме (например, чрезмерная потливость) может приводить к дегидратации и интоксикации литием.

Неудача в курсе лечения. Если в течение 4 нед отсутствует клиническая реакция на проводимое лечение, можно предпринять некоторое увеличение уровня (до 1,4 ЕД/л), если нет тяжелых побочных эффектов. Если после 2 нед на более высо-

ком уровне концентрации в плазме препарат все еще неэффективен, следует постепенно снизить дозу в течение 1—2 нед. К этому времени следует назначить другой терапевтический препарат.

Быстрая смена циклов. Одним из видов неудачного лечения является быстрая смена циклов — маниакальных и депрессивных эпизодов (более трех или четырех в год), которые не поддаются регулированию с помощью лития. Было высказано предположение, что быстрая смена циклов является поздно проявляющимся побочным эффектом введения ПДА. На быструю смену циклов может оказывать положительное влияние добавление левотироксина (T_4) по 0,3—0,5 мг/сут. Механизм действия неизвестен. Частота циклов может снижаться также при замене литием карбамазепина или при добавлении лития к лечению карбамазепином.

Поддерживающая терапия. Решение назначать больному профилактическую поддерживающую терапию литием основывается на тяжести его заболевания, риске побочных эффектов лития и характеристиках системы функций организма. Уровень лития в плазме при поддерживающей терапии может быть ниже, чем тот, который необходим для лечения острого состояния. Обычно он составляет 0,6—0,8 ЕД/л, хотя некоторые исследователи проводят успешно поддерживающую терапию при уровнях в сыворотке, равных всего 0,4 мгэкв/л. Кроме периодического измерения уровня лития, каждые 3—6 мес следует измерять уровень креатинина и ТСГ в сыворотке.

Побочные действия

Наиболее частыми побочными действиями от лечения литием являются нарушения со стороны желудка, увеличение массы тела, тремор, утомляемость и легкие когнитивные расстройства. Нарушения со стороны желудочно-кишечного тракта могут включать тошноту, рвоту, понос, и их обычно удается ликвидировать, применив дробные дозы, давая литий с пищей или выбрав наиболее подходящий из имеющихся литиевых препаратов. Лечить увеличение массы тела и отеки невозможно, кроме как тем, чтобы больной поменьше ел и делал физические упражнения. Тремор поражает большинство пальцев и иногда усиливается, когда уровень препарата достигает максимума. Его можно уменьшить дальнейшим дроблением дозы. Пропранолол (30—160 мг/сут в дробных дозах) значительно снижает тремор у большинства больных. Утомляемость и легкие когнитивные расстройства проходят со временем. Редкие неврологические побочные действия включают симптомы легкого паркинсонизма, атаксии и дизартрии. При лечении литием часто отмечается лейкоцитоз, обычно он не причиняет какого-либо вреда.

Почечные эффекты. Наиболее частым побочным действием со стороны почек является полиурия со вторичной полидипсией. Этот симптом выявляется у 20—25% леченых больных. Полиурия является вторичной по отношению к снижению поглощения жидкости из дистальных канальцев почек. Когда полиурия достигает значительной выраженности, надо тщательно следить за почечной функцией больного и собирать мочу каждые 24 ч для определения клиренса креатинина и консультировать больного с невропологом.

Вызванный литием несахарный диабет не реагирует на лечение вазопрессином; в результате этого объем мочи достигает 8 л в день и становится трудно поддерживать .адекватную концентрацию лития. Этот синдром можно лечить хлоро-тиазидом (500 мг/сут), гидрохлоротиазидом (50 мг/сут) или амилоридом (5— 10 мг/сут). Дозу лития следует уменьшить вдвое, а диуретик не начинать давать в течение 5 дней, поскольку он может вызывать задержку лития.

Считается, что наиболее серьезными почечными осложнениями, связанными с введением лития, являются гломерулопатия, интерстициальный нефрит и почечная недостаточность. Эти осложнения были впервые обнаружены на вскрытии больных, лечившихся литием, и исследовании их почек. Хотя сейчас установлено, что литий, как правило, не вызывает серьезных нарушений функции почек, врач должен тщательно исследовать малейшие отклонения в этой области.

Действие на щитовидную железу. Литий также действует на функцию щитовидной железы, в основном вызывая незначительное и кратковременное уменьше-

ние концентрации циркулирующих гормонов щитовидной железы. Имеются данные о том, что литий вызывает зоб (5%), легкий обратимый экзофтальм и гипертиреоидизм (3—4%). Около 50% больных, находящихся на длительном лечении литием, имеют патологическую реакцию ТРГ, и приблизительно 30% — повышенный уровень ТСГ. Если лабораторные тесты указывают на дисфункцию щитовидной железы, можно смело добавлять тиреотропный гормон. Периодически следует измерять уровень ТСГ. Гипертиреоидизм наблюдается редко.

Побочные действия на сердце. Действие лития на сердце напоминает эффект гипокалиемии на ЭКГ; оно вызывает замещение внутриклеточного калия ионом лития. Наиболее часто отмечается уплощение зубца *Т* на ЭКГ или инверсия его. Изменения незначительные и исчезают после выведения лития из организма, тем не менее важно иметь исходную ЭКГ и повторять ее ежегодно.

Так как литий подавляет пейсмекерную активность синуснопредсердного узла, лечение литием противопоказано больным с синусным синдромом. В редких случаях при лечении литием наблюдается застойная сердечная недостаточность и вентрикулярная аритмия.

Дерматологические эффекты. При лечении литием, особенно большими дозами, могут иметь место побочные эффекты со стороны кожи. Наиболее типичными являются: угреподобная, фолликулярная и макулопапулярная (пятнистая) сыпь, претибиальные изъязвления и усиление псориаза.

Имеются данные об облысении. Многие из этих осложнений исчезают при переходе на другой препарат лития или при обычном лечении этих заболеваний. Иногда из-за обострения псориаза или угреподобной сыпи приходится прекращать лечение литием.

Применение во время беременности. В первом триместре беременная женщина не должна получать литий, поскольку его применение связано с учащением случаев дефектов при родах, особенно аномалии Эбштейна, которая возникает у 3% младенцев, подвергшихся влиянию лития внутриутробно. Введение лития матери в течение последних месяцев беременности может привести к тому, что у новорожденных отмечается литиевая интоксикация. Этот синдром проявляется в летаргии, цианозе, патологических рефлексах и иногда—гепатомегалии.

Интоксикация литием. Симптомами литиевой интоксикации являются тяжелые проявления вышеописанных фармакодинамических органных взаимодействий. Это — тошнота, рвота, боли в животе, профузный понос, тяжелый тремор, атаксия, кома и припадки. Неврологическая патология начинается с умственной «спутанности», гиперрефлексии, наличия локальной неврологической симптоматики и дизартрии, эти явления могут перейти в кому и может наступить смерть. Может появиться и сердечная аритмия.

Передозировка. Передозировка литием находит выражение в тяжелой литиевой интоксикации. Лечение состоит в промывании трубкой с широким отверстием, так как препарат находится в желудке в виде комков. Активированный уголь при этом не помогает. Можно назначить осмотический диурез, двууглеродный натрий внутривенно и перитонеально или гемодиализ.

Взаимодействие между лекарствами

Большинство диуретиков (например, тиазиды, калий) и ингибиторы синтеза простагландинов (например, индометацин) могут повышать уровень лития до токсического. Осмотические диуретики, ингибиторы углеродной ангидразы и ксантины, включая кофеин, могут вызывать снижение уровня лития ниже терапевтического.

Когда антипсихотические препараты и литий вводятся вместе, может возникнуть синергическое усиление вызванных литием неврологических побочных эффектов. Это взаимодействие не связано, как думали раньше, специфически с сочетанием антипсихотика и галоперидола. Подобное сочетание лития с противосудорожными препаратами, включая карбамазепин, также может усиливать неврологические нарушения. Хотя разумно было бы прекратить введение препаратов

при наличии серьезных нарушений в виде токсичности, на практике оказывается возможным возобновить лечение обоими препаратами в меньших дозах без возвращения побочных эффектов.

АНТИ КОН ВУЛ ЬСАНТЫ

FDA в настоящее время не одобряет применения антиконвульсантов для лечения психических расстройств. Терапевтический курс этими препаратами может быть назначен, если есть показания; причины, по которым он назначается, должны быть изложены в письменной форме. Врач должен следить за новейшей литературой по лечению антиконвульсантами биполярных больных и все взвесить перед началом такого лечения.

Карбамазепин

Карбамазепин (рис. 6) одобрен для клинического применения в США для лечения эпилепсии височной доли и невралгии тройничного нерва. Хотя опыт применения карбамазепина в психиатрии относительно невелик, этот препарат является хорошей альтернативой лечению биполярных больных литием. Исследования показали, что карбамазепин эффективен как при лечении «острых» больных, так и для поддерживающей терапии биполярных больных. Биполярные больные, реагирующие на этот препарат, обычно имеют совершенно нормальную ЭЭГ. Другим возможным показанием для карбамазепина служат пограничные расстройства личности и атипичные депрессии, характеризующиеся ощущением деперсонализации и перцептивных нарушений.

Фармакокинетика и фармакодинамика. Карбамазепин всасывается медленно и неравномерно: уровень максимума в плазме может быть достигнут через 4—24 ч после приема пероральной дозы. Связывание с протеинами плазмы и объем распределения высокие. Метаболизм этого препарата сложен из-за наличия активного метаболита и образования печеночного фермента при продолжении введения в течение первого месяца. Фармакодинамические эффекты карбамазепина неясны, но, возможно, он действует через ГАБА-ергическую систему или разрушая активность кальций-кальмодулинзависимых протеинокиназ.

Руководство к клиническому применению. Перед началом лечения следует сделать обычные лабораторные анализы и провести исследование физического'статуса; особое внимание надо обратить на клинический анализ крови и тесты на функцию печени. Начальная доза 200 мг два раза в день; доза увеличивается на 200 мг/сут каждую неделю до тех пор, пока не будет достигнут уровень *в* плазме 6—8 мг/л. В некоторых работах указывается уровень в плазме—до 12 мг/л. Большинство врачей считают, что такого уровня трудно достигнуть, но это приходится делать, если у больного отсутствует хорошая реакция на препарат при более низких уровнях. Обычная дневная доза варьирует от 1200 до 2000 мг/сут в дробных дозах. Есть основания предполагать, но это еще не доказано, что если больной хорошо реагирует на карбамазепин в остром состоянии, то он сможет находиться на поддерживающей терапии длительное время при значительно более низком уровне в плазмр, чем это требовалось для лечения острого состояния.

Сочетание препаратов. Если больной не реагирует на литий или карбамазепин в отдельности, комбинация этих препаратов может вызвать хороший лечебный эффект. Из-за ряда случаев синергической нейротоксичности дозы надо повышать более медленно, чем если дается один препарат. Обычный терапевтический уровень обоих препаратов в крови должен быть достигнут прежде, чем будут сделаны выводы, что комбинация неуспешна.

Побочные эффекты. Наиболее частыми побочными действиями карбамазепина являются тошнота, рвота, сонливость, головная боль, атаксия и смазанное зрение. Эти симптомы можно уменьшить, повышая дозу более медленно. Развивается также некоторая толерантность к неврологическим побочным эффектам. Из-за наличия минимального риска гепатотоксичности следует тестировать функцию

Рис. 6. Молекулярная структура карбамазепина, вальпроевой кислоты, верапрамила и клонидина.

печени каждые 3—6 мес. В результате лечения карбамазепином может произойти ложный позитивный результат подавления дексаметазонового теста.

Наиболее серьезными осложнениями, связанными с карбамазепином, являются апластическая анемия и агранулоцитоз. У некоторых больных развиваются кратковременная лейкопения или тромбоцитопения. Устойчивая лейкопения требует консультации гематолога и может явиться поводом для прекращения лечения. Частота возникновения апластической анемии приблизительно 1 на 50000 и в 50% случаев наступает смерть. Несмотря на эту серьезную проблему, контроль за клиническим анализом крови каждые 3—6 мес после первых 3 мес лечения кажется достаточным.

Вальпроевая кислота

Данных, касающихся применения для лечения биполярных больных вальпроевой кислотой, меньше (см. рис. 1), чем в отношении карбамазепина. Тем не менее резистентным больным можно назначить этот вид лечения. Вальпроевая кислота сейчас одобрена для клинического применения в США только для лечения простых и сложных частичных припадков. До того, как начать лечение этим препаратом, врач должен ознакомиться с новейшей литературой.

Клоназепам

Клоназепам является антиконвульсантом бензодиазепинового ряда, одобренным для лечения акинетических и миоклонических припадков, рефрактерных абсансов и варианта малых припадков Леннокса—Гасто. Имеется несколько сообщений о том, что этот антиконвульсант эффективен при лечении мании у биполярных больных.

ДРУГИЕ ПРЕПАРАТЫ

Верапамил и клонидин (см. рис. 6) также могут быть полезными для лечения биполярных расстройств, однако в настоящее время такое утверждение является еще преждевременным.

FDA не одобрило этих препаратов для данного применения, и врач должен обращаться к литературе в поисках нужных данных. Несколько более убедительные данные существуют в отношении верапамила, чем клонидина.

Верапамил

Верапамил является ингибитором кальциевых каналов, который действует, тормозя внутренний приток кальция в нейроны. Имеются 4 исследования, проведенные двойным слепым методом, с плацебоконтролем и 6 неконтролируемых, касающихся эффективности верапамила при лечении мании. Верапамил в дозах 320—480 мг/сут может использоваться и для острой, и для поддерживающей терапии, в том числе и тех больных, которые не полностью реагируют на литий или очень страдают от его побочных действий. Побочные действия верапамила ограничены и сводятся к легкому понижению артериального давления и учащению пульса.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

Bond W. S. Psychiatic indications for clonidine: The neuropharmacologic and clinical basis.—J. Clin. Psychopharm., 1986, 6, 81.
Chouinard G., Young S.N., Annable L. Antimanic effects of clozepam.— Biol. Psychiatry, 1983, 18, 451. *Dubovsky S. L.* Calcium anagonists: A new class of psychiatric drugs? — Psychiat. Ann., 1986, 16, 724. *Goodnick P. J., Fieve R. R., Schlegel A., Baxter N.* Predictors of interepisodic symptoms and relapse in affective disorder patients treated with lithium carbonate.— Am, J. Psychiatry, 1987, 144, 367. *Hart R. G., Easton J. D.* Carbamazepine and hematological monitoring.—Ann. Neurol., 1982, 11, 309. *Jefferson J. W., Greist J. H., Ackerman D. L.* Lithium Encyclopedia for Clinical Practice, ed. 2. American Psychiatric Press, Washington, D. C., 1986. *Kishimoto A., Ogura C, Hazama H.* Long-term prophylactic effects of carbamazepine in affective disorder.—Br. J. Psychiatry, 1983, 143, 327. *Post R.M., Uhde T. W.* Carbamazepine in bipolar illness.— Psychopharm. Bull., 1985, 21, 10. *Puzynski S., Klosiewicz L.* Valproic acid amide in the treatment of affective and schizoaffective disorders.—J. Affective Disorders, 1985, 6, 115.
Ramsey T.A.. Cox M. Lithium and the kidney.—Am. J. Psychiatry, 1982, 139, 443.
Samiy A.H., Rosnick P.B. Early identification of renal problems in patients receiving chronic lithium treatment.— Am. J. Psychiatry, 1987, 144, 670. p
Stancer H. C. Persad E. Treatment of intractable rapid-cycling manic depressive disorder with levothyroxine.—Arch. Gen. Psychiatry, 1981, 39, 311. *Swann A. C, Koslow S.H.. Katz M. M.* et al. Lithium carbonate treatment of mania.— Arch. Gen. Psychiatry, 1987, 44, 345.

24.5. ЛЕКАРСТВА, ИСПОЛЬЗУЕМЫЕ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ТРЕВОГИ И БЕССОННИЦЫ

ВВЕДЕНИЕ

Некоторые препараты, используемые для лечения расстройств в виде тревожности, называются антитревожными веществами, анксиолитиками или малыми транквилизаторами. Термин малые транквилизаторы считается неправильным, так как он вносит путаницу между этим классом препаратов с большими транквилизаторами, ошибочным, но часто используемым термином для обозначения антипсихотических препаратов. Гетероциклические пре-

параты, ингибиторы моноаминоксидазы, фенотиазины и пропранолол также применяются для лечения различных тревожных расстройств. Однако эти препараты не относятся к противотревожным средствам.

Почти все противотревожные препараты классифицируются также как седативно-гипнотические. Седативный препарат снижает активность в дневное время, смягчает возбуждение и вызывает общее успокоение больного. Гипнотические (снотворные) препараты вызывают сонливость и облегчают наступление и поддержание сна. В целом, большинство препаратов, обсуждаемых в этой главе, действуют как снотворные при высоких дозах, как анксиолитики при средних дозах и как седативные — при низких.

Кроме этих показаний, бензодиазепины и барбитураты используются как анестетики в дозах, превышающих те, которые нужны для сна, и оба эти препарата используются также как антиконвульсанты. Бензодиазепины в клинической практике используются также для расслабления мышц.

Бушпирон является важным исключением из обычного правила, что анксиолитические препараты являются также седативными и снотворными. Бушпирон — это азашпиродеканедион, который фармакологически отличается от бензодиазепинов. Кроме отсутствия седативно-гипнотических свойств, бушпирон имеет значительно более длительное время до начала анксиолитического действия (1—3 нед) и, по-видимому, вызывает меньшее привыкание и абстиненцию. Однако бушпирон является совершенно новым препаратом, и ранний энтузиазм может уменьшаться с последующим клиническим опытом. Тем не менее препарат вызвал большой интерес в основных нейронауках, поскольку он позволяет отдифференцировать анксиолитические эффекты от седативных свойств.

Хотя в эту группу включен целый ряд классов препаратов, только несколько из этих препаратов используются в настоящее время для лечения в клинической практике. Преобладающее большинство прописываемых анксиолитиков составляют бензодиазепины, их же назначают как седативные и снотворные. Бушпирон также получил широкое распространение как анксиолитик. Барбитураты назначаются по определенным, специфическим показаниям, а хлоралгидрат и, возможно, антигистаминные продолжают использоваться как легкие седативно-гипнотические. Остальные препараты, относящиеся к этому классу, используются редко.

БЕНЗОДИАЗЕПИНЫ

Бензодиазепины стали привычным лекарством, предпочитаемым другим препаратам в связи с тем, что у них более высокий терапевтический индекс и значительно меньший потенциал привыкания, чем у многих других препаратов этого класса.

Классификация

Ядро бензодиазепинов состоит из бензольного кольца, слившегося с семисторонним диазепиновым кольцом. Все клинически важные бензодиазепины также имеют второе бензольное кольцо, прикрепленное к углероду в позиции 5 на диазе-пиновом кольце (рис. 7). Бензодиазепины можно подразделить на 2-кето-, 3-гидро-

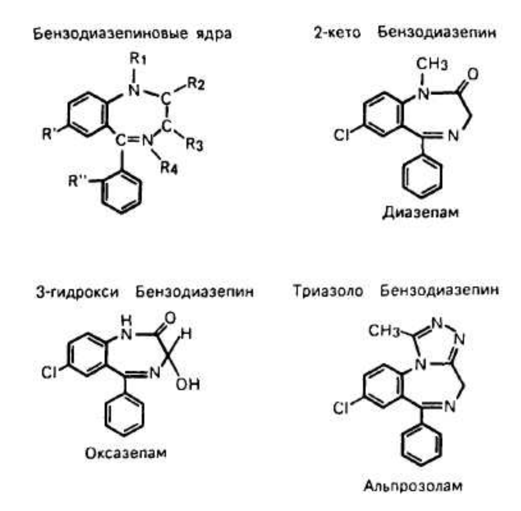


Рис. 7. Типичная структура бензодиазепинов.

или триазоло-бензодиазепины (табл. 15). 2-Кето-бензодиазепины имеют кетогруппу вне атома углерода в позиции 2 в диазепиновом кольце. Хотя хлордиазепоксид имеет другую замену (- NHCH,) в этой позиции, его лучше классифицировать вместе с 2-кето-производными. 3-Гидрокси-бензодиазепины имеют гидроксильную группу на углероде в 3-й позиции диазепинового кольца. Триазолобензодиазепины имеют триазольное кольцо, слившееся с азотом в позиции 1 и с углеродом в позиции 2 диазепинового кольца.

Таблица 15. Классификация бензодиазепинов

2-кето-	3-гидрокси-	Триазоло-
Хлордиазепоксид	Оксазепам	Альпразолам
Диазепам	Лоразепам	Триазолам
Празепам	Темазепам	
Хлоразепам		
Галазепам		
Флуразепам		

Фармакокинетика

За исключением хлоразепата все бензодиазепины полностью всасываются неизмененными из желудочно-кишечного тракта. Хлоразепат превращается в дезметилдиазепам в желудочно-кишечном тракте и всасывается в этом виде. Всасывание, достижение максимального уровня и начало действия наиболее быстрые для следующих препаратов каждого класса: 2-кето-диазепам; 3-гидрокси-лоразепам; триазоло-оба, альпразолам и триазолам имеют одинаково быстрое действие. Быстрое начало эффекта важно для больных, которые принимают единичную дозу

бензодиазепинов, чтобы справиться со внезапной вспышкой тревоги. Быстрое начало действия для этих лекарств может быть частично отнесено за счет их растворимости в липидах, характеристики, которые в 5 раз различаются у разных бензодиазепинов. Диапазон времени до достижения максимума уровня в плазме от 1 до 3 ч, хотя празепаму может потребоваться до 6 ч. Может иметь место вторичный пик уровня в плазме через 6—12 ч после энтерогепатической рециркуляции. Хотя некоторые бензодиазепины можно вводить внутримышечно, только лоразепам обладает быстрой и надежной растворимостью. Внутримышечное введение лорразепама начинает вытеснять использование внутривенно вводимого диазепама в случаях неотложной психиатрической помощи; возможным исключением является помощь при интоксикации РСР.

Метаболизм бензодиазепинов у этих трех классов различен. Хлордиазепоксид метаболизируется в диазепам, затем в дезметилдиазепам (нордиазепам), затем в оксазепам и в конце концов в глюкуронид. Диазепам, хлоразепам, празепам и галазепам метаболизируются сначала до дезметилдиазепама, а затем проделывают тот же путь, что и хлордиазепоксид. Метаболизм флуразепама проходит сходные биохимические стадии. В результате медленного метаболизма дезметилдиазепама все 2-кето-бензодиазепины имеют полупериод жизни в плазме от 30 до 100 ч и являются, таким образом, бензодиазепинами длительного действия. Полупериод жизни в плазме может быть равным 200 ч у лиц, генетически медленно метаболизирующих эти вещества. Так как может потребоваться вплоть до 2 нед, чтобы достигнуть устойчивого уровня этих препаратов в плазме, у больного может развиться токсичность через 7—10 дней лечения на дозах, которые могут казаться врачу терапевтическими. Наиболее подвержены токсическому влиянию бензодиазепинов лица с болезнями печени и пожилые больные, если бензодиазепины даются повторно или в высоких дозах.

3-Гидрокси-бензодиазепины имеют короткий полупериод жизни (10—30 ч), поскольку они метаболизируются непосредственно глюкуронидатионом, и, таким образом, не имеют активных метаболитов. Триазолобензодиазепины гидроксилируются перед тем, как они метаболизируются глюкуронидатионом. Альпразолам имеет полупериод жизни от 10 до 15 ч, а триазолам — наиболее короткий полупериод жизни (2—3 ч) из всех бензодиазепинов.

Фармакодинамика

Бензодиазепины связываются со специфическими центрами рецепторов, которые примыкают к участкам, связывающимися с ГАБА и с хлоридными каналами. Связывание бензодиазепинов повышает аффинность ГАБА-рецепторов к ГАБА, таким образом увеличивая приток ионов хлоридов в нейроны.

Толерантность, зависимость и абстиненция. Когда бензодиазепины используются в течение короткого периода времени (1—2 нед) в умеренных дозах, обычно толерантность зависимости и абстиненции не отмечается. Очень кратковременно действующие бензодиазепины (например, триазолам) являются небольшим исключением из этого правила, так как некоторые больные ощущают усиление тревоги в день, когда они перестают принимать транквилизатор. У некоторых больных развивается также толерантность к анксиолитическому действию бензодиазепинов, и для поддержания клинической ремиссии требуется повышать дозы. Имеется также кросс-толерантность среди большинства антитревожных препаратов, относящихся к разным классам; заметное исключение представляет собой бушпирон. Появление абстинентного синдрома от бензодиазепинов зависит от длительности периода времени, когда больной принимал препарат, дозы, на которой он находился, скорости, с которой проводилось понижение дозы препарата и полупериода жизни определенного вещества. Синдром абстиненции состоит из периферических и субъективных симптомов тревоги. Другие симптомы включают раздражительность, шум в ушах, гипертензию, головную боль, бессонницу «отдачи» и неприятного содержания сны. Более серьезными симптомами является депрессия, паранойя, делирий и припадки. Частота этого синдрома, по данным разных авторов, различна; однако некоторые черты этого синдрома могут проявляться

у 50% больных, лечившихся этими препаратами. Развитие тяжелого синдрома абстиненции наблюдается только у тех больных, которые длительное время принимали большие дозы. Появление этого синдрома может быть задержано на 1—2 нед у больных, принимавших 2-кето-бензодиазепины с очень длительным полупериодом жизни. Некоторые врачи отмечают, что альпразолам особенно часто вызывает синдром абстиненции.

Показания

Тревога. Главной областью клинического применения этих препаратов в психиатрии является лечение тревоги — как идиопатической генерализованной тревожности, так и тревоги, связанной с определенными событиями в жизни (например, реакция адаптации в состоянии страха). Большинство больных должны получать лечение по определенному поводу и достаточно короткое время. Однако некоторые больные страдают расстройствами, по поводу которых им требуется поддерживающая терапия этими лекарствами. Альпразолам является единственным бен-зодиазепином, который может быть эффективен при лечении панических расстройств.

Бессонница. Флуразепам, темазепам и триазолам являются тремя бензодиазепинами, одобренными для использования как снотворные. Они принципиально различаются по полупериоду жизни, причем флуразепам имеет самый длинный, атриозалам самый короткий. Флуразепам может вызывать небольшие когнитивные нарушения на следующий день после приема, а триозалам может вызывать тревогу, как симптом «отдачи». Темазепам может явиться разумным компромиссом между этими двумя побочными эффектами для обычных взрослых больных.

Другие психиатрические показания. Хлордиазепоксид используется для борьбы с симптомами алкогольной абстиненции. Бензодиазепины (особенно внутримышечно введенный лоразепам) применяются как против вызванной лекарствами (кроме фенамина), так и против психотической ажитации в пункте неотложной помощи. Альпрозолам одобрен для использования у больных со смешанными симптомами тревоги и депрессии. Имеется несколько сообщений об использовании высоких доз бензодиазепинов у больных шизофренией, которые не реагируют на антипсихотические средства или которых нельзя лечить более традиционными способами из-за побочных эффектов.

Медицинские показания. Бензодиазепины используются как антиконвульсанты, миорелаксанты и вспомогательные средства при анестезии. Диазепам тадсже применяется как средство, обладающее аналгезирующими свойствами.

Указания к клиническому применению

Клиническое решение начать лечение бензодиазепином надо рассмотреть особо. Диагноз больного, специфические симптомы-мишени и продолжительность лечения — все это надо определить, и эта информация должна быть обсуждена с больным. Лечение для большинства тревожных состояний продолжается в течение от 2 до 4 нед, после чего в течение 1 —2 нед доза препарата снижается, прежде чем прием его совсем прекращается. Самая типичная ошибка в отношении лечения бензодиазепинами — это пассивное решение продолжать лечение в неопределенной ситуации.

При лечении тревоги обычно начинают с препарата, находящегося на нижнем конце терапевтического диапазона (табл. 16), и увеличивают дозу до достижения терапевтической реакции. Применение дробных доз предупреждает развитие побочных эффектов, связанных с высоким максимумом уровня препарата в плазме. Улучшение, вызванное бензодиазепинами, может распространиться дальше, чем обеспечит простой антитревожный эффект. Например, эти препараты могут обусловить такое состояние, при котором больной может рассматривать некоторые события в положительном свете. Эти препараты могут оказывать также некоторое растормаживающее действие, подобное тому, которое имеет место под действием умеренных доз алкоголя.

Таблица 16. Торговые названия бензодиазепинов и диапазоны доз

Общее название	Торговое название	Обычные дозы для взрослых (мг/сут)	Одноразовая доза для взрослых (мг)
•Члпразолам	Ксанакс	0,5—6	0,35—1
Хлордиазепоксид	Либриум	15—100	5—25
Хлоразепам	Транксен	7,5—60	3,25—22,5
Диазепам *	Валиум	2—£0	2—10
Флуразепам **	Далман	15—30	15—30
Галазепам	Паксипам	60—160	20—40
Лоразепам	Ативан	2—6	0,5—2
Оксазепам	Серакс	30—120	10—30
Празепам	Центракс	20—60	10—20
Темазепам **	Ресторил	15—30	15—30
Триазолам **	Галцион	0,125—0,5	0,125—0,5

♦ Можно также использовать для парентерального введения. Диазепам вводят в/в в 5 мг шприцах. Лоразепам можно вводить в/м в 2 или 4 мг шприцах. ** Рекомендованы к использованию как снотворные (ДЕА).

Алкогольную абстиненцию обычно лечат хлордиазепоксидом, 50 мг каждые 6 ч. Применение альпразолама для лечения приступов паники или депрессии часто требует более высоких доз (4—10 мг в день), чем для лечения тревоги. Важно снижать больным дозу очень медленно с высоких доз альпразолама, чтобы избежать синдрома абстиненции.

В настоящее время клиническими исследованиями еще **не** удается установить уровень бензодиазепина в плазме.

Комбинации препаратов

Наиболее частой комбинацией является применение бензодиазепинов *(benzodiazepines)* как снотворного больным, которые также получают лечение другими препаратами по поводу шизофрении или расстройств настроения. Комбинация из бензодиазепинов и антидепрессанта может быть показана для лечения депрессивных больных с выраженной тревожностью. Имеется ряд сообщений о том, что комбинированное применение альпразолама с антипсихотиками может способствовать дальнейшему уменьшению психотической симптоматики у больных, которые не обнаружили адекватной реакции на лечение только антипсихотиками.

Побочные эффекты. Наиболее типичным подобным эффектом бензодиазепинов является сонливость, и больным надо рекомендовать не водить машину и не иметь дело с опасной техникой, когда они принимают эти препараты. У некоторых больных имеет место также головокружение и атаксия. Наиболее серьезные побочные эффекты бензодиазепинов появляются, когда одновременно употребляют другие седативные препараты (например, алкоголь). При этой комбинации может быть выраженная сонливость, растормаживание или даже подавление дыхания. Другие относительно частые побочные эффекты включают слабость, тошноту, рвоту, «расплывчатость» зрения и неприятные ощущения в эпигастральной области. Имеются данные о незначительных дефектах в когнитивной сфере, которые могут препятствовать выполнению нормальной работы больными, которые принимают бензодиазепины. Имеются также сообщения о редких, парадоксальных вспышках агрессии у больных, получающих бензодиазепины. Аллергические реакции на эти препараты также редки, но иногда бывают пятнистая сыпь или генерализованный зуд.

Привыкание и зависимость. Психически здоровые люди могут принимать иногда бензодиазепины с целью восстановления сил. У больных, которые принимают бензодиазепины по назначению врача, могут развиться как физическая, так

и психологическая зависимость к этим препаратам, и они настаивают на том, чтобы им назначали эти препараты вопреки совету врача. Как уже отмечалось, появляется синдром абстиненции, хотя и не так часто, как после приема других препаратов этого класса (например, барбитуратов, карбаматов).

Передозировка. При передозировке бензодиазепинами отмечается довольно благоприятный исход, если только больные не принимали других веществ (например, алкоголя, антипсихотиков, антидепрессантов). В этом случае может иметь место подавление дыхания, кома, припадки и весьма вероятно наступление смерти.

Взаимодействие препаратов

Циметидин, дисульфирам, изониазид и эстрогены увеличивают уровень 2-кето-бензодиазепинов в плазме. Антацидные средства и пища могут снижать всасывание бензодиазепинов, а курение — увеличивать метаболизм бензодиазепинов. Бензодиазепины могут повышать уровень фенитоина и дигоксина в плазме. Все бензодиазепины имеют аддитивный депрессирующий эффект на ЦНС с другими седативными препаратами.

БУШПИРОН

Бушпирон является первым азашпиродеканедионом, одобренным FDA для лечения тревоги в США (рис. 8). Вероятно, в течение нескольких следующих лет

Рис. 8. Молекулярная структура бушпирона.

будут введены еще другие препараты, относящиеся к этому классу. Эффективность этого препарата для лечения панических расстройств неизвестна. Бушпирон не обладает седативным, гипнотическим или антиконвульсивным действием бензодиазепина, и, как полагают, у него очень низок потенциал, вызывающий зависимость. Возможно, что препараты этого класса в конце концов заменят бензодиазепины в качестве лечения от тревоги. Однако надо быть осторожными, поскольку бушпирон — недавно появившийся препарат, и дальнейшее применение его в клинике может вскрыть еще ряд проблем.

Фармакокинетика и фармакодинамика. Бушпирон хорошо всасывается после введения через рот. Механизм его действия не совсем ясен, но, возможно, что он действует через серотонинергические системы. Пресинаптический антагонизм дофамина и прямое связывание с хлоридными каналами также являются возможными механизмами.

Указания к клиническому применению. Бушпирон следует начинать с дозы 5 мг два раза в день и увеличивать до 15—60 мг/сут в дробных дозах.

Антитревожные эффекты бушпирона могут появиться через 1—3 нед, что соответствует задержке терапевтического эффекта антипсихотических препаратов и антидепрессантов. Некоторые врачи предполагают, что бушпирон является препаратом предпочтения при лечении тревоги у больных, которые не получали в прошлом бензодиазепинов. Больные, которые ранее получали бензодиазепины, часто жалуются, что бушпирон не столь эффективен. Такая реакция может быть обусловлена тем, что при лечении бушпироном отсутствуют некоторые неанксиолитические эффекты бензодиазепинов (например, мышечная релаксация, ощущения благополучия). Хотя в настоящее время данных очень мало, можно сказать почти с уверенностью, что бушпирон не является эффективным средством лечения бензодиазепиновой абстиненции.

Побочные эффекты. Наиболее типичным побочным эффектом бушпирона является головная боль, тошнота, головокружение и субъективное ощущение напряжения. Бушпирон не вызывает видимых нарушений двигательной функции, но он может способствовать экзацербации психотических симптомов.

БАРБИТУРАТЫ

Клиническое применение барбитуратов в психиатрии существенно затмили бензодиазепины. Это изменение в клинической практике основано на том, что барбитураты вызывают большее привыкание и имеют менее высокий терапевтический индекс по сравнению с бензодиазепинами. В настоящее время имеется шесть показаний к применению барбитуратов. Во-первых, барбамил (50—250 мг, в/м) можно давать в ситуациях, когда требуется неотложная помощь при сильной ажитации больного. Однако в/м применение лоразепама или диазепама, по-видимому, должно заменить использование барбамила. Во-вторых, иногда для диагностических целей используют интервью под барбамилом. В некоторых работах отмечается, что другие седативные вещества, включая бензодиазепины, также могут быть эффективны для этих целей.

В-третьих, имеются данные, что барбитураты могут активировать некоторых кататонических больных, хотя бензодиазепины также обладают этим действием. В-четвертых, барбитураты могут быть показаны тем больным, у которых выражены побочные эффекты бензодиазепина и бушпирона. В-пятых, некоторые больные,, которые не реагируют адекватно на бензодиазепины или буиширон, могут обнаруживать хорошую реакцию на барбитураты. В-шестых, ряд больных, особенно пожилые люди, которые в прошлом получали барбитураты, могут настаивать на том, чтобы им снова назначили барбитураты, а не новые для них бензодиазепины или бушпирон.

Фармакокинетика и фармакодинамика

Барбитураты (рис. 9) хорошо всасываются после приема через рот. Связывание барбитуратов с протеинами плазмы высокое, но растворимость в липидах разная. Разные барбитураты по-разному метаболизируются печенью и выводятся

Ядра барбитуратов

Различные барбитураты синтезируются замещением специфических боковых цепочек на Ri и R2.

Рис. 9. Молекулярная структура барбитуратовых ядер.

почками. Полупериод жизни определенных барбитуратов варьирует от 1—2 до 80—120 ч. Барбитураты могут образовывать ферменты печени, таким образом снижая уровень как самих барбитуратов, так и любых других одновременно вводимых препаратов, метаболизируемых печенью. Предполагается, что механизм действия барбитуратов включает комплекс ГАБА-рецептор/бензодиазепиновый рецептор/канал иона хлора.

Таблица 17. **Барбитураты**

Общее название	Уровень контроля ДЕА	Торговое название	Полупериод жизни
Амобарбитал	II III	Амитал	8-42
Бутабарбитал	IV II	Бутизол	34—42
Мепобарбитал	IV	Мебарал	11—67
Пентобарбитал	II	Нембутал	15—48
Фенобарбитал		Люминал	80—120
Секобарбитал		Секонал	15—40

Общее название	Седативные		Снотворные
	диапазон доз взрослых (мг/сут)	диапазон одноразовых доз взрослых (мг)	диапазон дозы
Амобарбитал	65—400	65—100	100—200
Бутабарбитал	15—120	15—30	50—100
Мепобарбитал	32-400	32—100	100—200
Пентобарбитал	30—120	30-40	100—200
Фенобарбитал	15—600	15—60	10O-300
Секобарбитал			

Указания к клиническому применению

Барбитураты назначаются в различных дозах (табл. 17); лечение надо начинать с малых доз, которые затем повышать до достижения клинического эффекта. Барбитураты, полупериод жизни которых варьирует в диапазоне от 15 до 40 ч, предпочтительнее, поскольку те, которые имеют длительный полупериод, будут продолжать формироваться в организме. Больного надо четко инструктировать относительно побочных эффектов и потенциала зависимости, с которыми связано лечение барбитуратами.

Побочные действия

Побочные действия барбитуратов сходны с теми, которые вызывают бензодиазепины, включая парадоксальную дисфорию, гиперактивность и когнитивную дезорганизацию. Барбитураты отличаются от бензодиазепинов более высоким потенциалом зависимости, выраженным развитием зависимости и низким терапевтическим индексом.

Симптомы барбитуратовой абстиненции сходны, но более выражены, чем бензодиазепиновой абстиненции. Передозировка барбитуратов часто приводит к смерти из-за подавления дыхания, особенно в сочетании с приемом алкоголя, как это часто наблюдается в клинике.

Взаимодействие между лекарствами

Барбитураты взаимодействуют со многими другими препаратами, и врач должен просмотреть соответствующую литературу, прежде чем прописывать барбитураты. Два наиболее важных взаимодействия составляют аддитивный эффект других седативных и повышенный метаболизм множества сердечных препаратов и гетероциклинических антидепрессантов.

АЛКОГОЛЬ

Виды алкоголя, которые применяются в клинической практике, представляют собой хлоралгидрат с родовыми свойствами (Noctec, другие виды и биологические спирты общего типа), этанол и этхлорвинол (Placidyl). Хотя они обладают седа-тивными свойствами, эти вещества прежде всего применяются как снотворные. Из этих препаратов наиболее часто применяется хлоралгидрат, хотя некоторые врачи рекомендуют этхлорвинол или даже стакан хереса в качестве средства против бессонницы.

Хлоралгидрат является самым старым из снотворных; он вошел в медицину в 1969 г. Это вещество с относительно коротким временем действия, которое эффективно при лечении начальной стадии бессонницы с легкими жалобами, но он имеет меньшее значение как седативное средство для дневного времени. Хлоралгидрат быстро превращается в активный метаболит трихлороэтанол. Трихлороацетиновая кислота является токсичным метаболитом хлоралгидрата, который может накапливаться в организме, если этот препарат принимать длительно. Терапевтические дозы варьируют от 500 до 2000 мг; летальная доза превышает их в 5— 10 раз больше. Хотя физическая зависимость действительно появляется, это не является типичным. К снотворному эффекту хлоралгидрата быстро развивается толерантность. Наиболее тяжелым побочным эффектом является гастрит или язва желудка.

АНТИГИСТАМИННЫЕ ПРЕПАРАТЫ

Для лечения бессонницы используется целый ряд распространяемых из-под прилавка препаратов; их же применяют как средства против невроза. Эти препараты обычно содержат седативные антигистаминные и гидробромиды. Побочным эффектом может быть бролизм, токсическое психотическое состояние. Одно исследование препаратов, распространяемых из-под прилавка, проведенное с необходимыми контрольными измерениями, показало, что вещество Композ (Compoz) неэффективно как транквилизатор, хотя врачи иногда выписывают его. Антигистаминные препараты у некоторых взрослых имеют седативный эффект, а один из таких препаратов, дифенгидрамин (Benadryl), и другие виды и вещества общего типа с родовыми свойствами используются как седативные у детей и пожилых лиц. Другой антигистаминный препарат, гидроксизин (Atarax), другие виды и вещества общего типа с родовыми свойствами также применяются как антитревожные средства. Для взрослых доза как дифенгидрамина, так и гидроксизина составляет от 25 до 400 мг/сут; обычная средняя доза снотворного равна 50 мг. Эти вещества показаны больным с легкими симптомами или больным, которые не переносят более традиционных средств.

КАРБАМАТЫ

Мепробамат (Miltown, другие виды и вещества общего типа с родовыми свойствами), этинамат (Valmid) и каризопродол (Soma, другие виды и вещества общего типа, с родовыми свойствами) являются карбаматами, которые обнаруживают выраженный эффект как анксиолитики, седативные, снотворные и мышечные релаксанты. Эти препараты имеют более низкий терапевтический индекс и более высокий потенциал зависимости, чем бензодиазепины, и их применение показано только, если выше описанные препараты не могут быть использованы как предпочтительные. Карбаматы могут иметь даже более высокий потенциал привыкания и вызывать более сильную зависимость, чем барбитураты.

Обычная доза мепробамата составляет 400 мг (по 3 или 4 раза в день). Типичным побочным эффектом является сонливость, и больных надо предупреждать об аддитивных свойствах седативных препаратов. Внезапная абстиненция может вызвать тревогу, беспокойство, слабость, делирий и конвульсии. Побочные действия включают уртикарную или эритематозную сыпь, анафилактическую и другие ви-

ды аллергических реакций, ангионевротический отек, дерматит, патологические изменения крови, желудочно-кишечные нарушения и экстраокулярный паралич мышц. При дозах мепробамата 30 таблеток (400 мг) передозировка может явиться фатальной, даже если больной не принимал других седативных препаратов.

ПИПЕРИДИНЕДИОНЫ

Глютетимид (Doriden и общего типа, с родовыми свойствами) и метиприлон (Noludar) являются пиперидинедионами, которые оказывают эффективное воздействие как снотворные, седативные и анксиолитики, но вызывают даже большее субъективное привыкание и больше смертельных исходов, чем барбитураты и карбаматы. Глютетимид всасывается медленно и непредсказуемо при введении per os. При передозировке глютетимидом чаще встречаются припадки, шок и антихолинергическая токсичность, чем при передозировке барбитуратами. Больные, которым было бы показано лечение этими препаратами, встречаются редко.

ЦИКЛИЧЕСКИЕ ЭФИРЫ

Паральдегид был введен в 1882 г. как снотворное средство. Когда 5 мл паральдегида вводится внутрь или же 5—10 мл принимается через рот, он представляет собой эффективный, хотя и старый способ лечения симптомов алкогольной абстиненции, тревоги и бессонницы. Паральдегид в основном метаболизируется, но его выведение легкими в неметаболизированной форме ограничивает его применение, поскольку он имеет неприятный вкус и отталкивающий запах.

ДРУГИЕ ПРЕПАРАТЫ, ИСПОЛЬЗУЕМЫЕ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ТРЕВОГИ И БЕССОННИЦЫ

Гетероциклические антидепрессанты и ингибиторы МАО

Доксепин одобрен для лечения смешанных депрессий и синдромов тревоги. Антидепрессанты также являются предпочтительным препаратом для лечения агорафобии и без приступов паники. Кломипрамин является предпочтительным препаратом для лечения обсессивно-конвульсивных расстройств.

Норадренергические препараты

Пропранолол, Р-адренергический блокатор, оказывает хорошее действие на периферические симптомы, сопровождающие тревожность (например, пальпитации, потливость, тремор) и снижает тревогу при выполнении какой-либо деятельности, например, у музыкантов и лиц других подобных профессий. Пропранолол может оказывать также положительное влияние при лечении генерализованной тревоги, но не расстройств в виде паники. Доза варьирует от 10 мг по 2 раза в сутки до 80—160 мг/сут дробными дозами. Побочные эффекты включают летаргию, депрессию, ■ брадикардию, гипотензию, слабость, спутанность и бронхоспазм. Применение пропранолола противопоказано больным с астмой, диабетом, синусовой брадикардией, застойной сердечной недостаточностью, заболеваниями щитовидной железы, дефектами проводимости или болезнью Рейно. Когда этот препарат применяется длительное время, его всегда следует отменять постепенно, а не обрывать резко.

Клонидин, В-адренергический агонист также может быть полезен при лечении некоторых тревожных больных. Доза от 0,1 мг по два раза в сутки до 0,4 — 0,6 мг/сут дробными порциями представляет собой диапазон, которым пользуются большинство врачей. Побочные эффекты включают сухость во рту, усталость и гипотензию. Клонидин также всегда надо снижать постепенно, а не обрывать резко.

L-триптофан

L-триптофан является аминокислотой, которая, если ее принимать в дозе от 1 до 6 г, представляет собой эффективное снотворное. Эта аминокислота, как предполагают, действует путем повышения концентрации серотонина мозга. L-триптофан является относительно дорогим препаратом и не является специфическим потенциальным снотворным; в большом стакане молока может содержаться достаточная доза L-триптофана.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

Allgulander C, Borg S., Vikander B. A 4-6 year follow-up of 50 patients with primary dependence on sedative and hypnotic drugs.—Am. J. Psychiatry, 1984, 141, 1580.
Fyer A.J., Liebowitz M. R., Goman J. M. et al. Discontinuation of alprazolam treatment in panic patients.— Am. J. Psych., 1987, 144, 303.
Hollister L. A symposium on benzodiazepine hypnotics.— J. Clin. Psychopharm., 1983, 3, 127.
Liebowitz M. R., Fyer A.J., Gorman J. M. Alprazolam in the treatment of panic disorders.—J. Clin. Psychopharm., 1986, 6, 13—20.
Linnoila M., Erwin C. W., Brendle A., Simpson D. Psychomotor effects of diazepam in anxious patients and healthy volunteers.—J. Clin. Psychopharm., 1983, 3, 88.
Lydiard R.B., Laraia M. T., Ballenger J. C, Howell E. F. Emergence of depressive symptoms in patients receiving alprazolam for panic disorder.— Am. J. Psych., 1987,144, 664.
Martin I.L. The benzodiazepines: A critical review.— Prog. Neuro-Psychopharm. and Biol. Psychiatry, 1983, 7, 421.
Mitler M. M., Seidel W. F., van den HoedJ. Comparative hypnotic effects of flurazepam, triazolam, and placebo. A long-term simultaneous nighttime and daytime study.— J. Clin. Psychopharm., 1984, 4, 21.
Nay lor M. W., Grahnaus L., Cameron 0. Single case study. Myoclonic seizures after abrupt withdrawal from phenelzine and alprazolam.— J. Ner. Men. Dis., 1987, 175, 111.
Noyes R. Beta-blocking drugs and anxiety.—Psychosomatics, 1982, 23, 155.

24.6. ЭЛЕКТРОСУДОРОЖНАЯ ТЕРАПИЯ

ВВЕДЕНИЕ

Электросудорожная терапия (ЭСТ) является одним из наиболее эффективных способов лечения, существующих в психиатрии; тем не менее этот метод лечения в настоящее время вызывает противоречивые мнения. Существует по меньшей мере две причины этого. Во-первых, ЭСТ требует применения электричества, которое вызывает судорожные припадки, и всех это пугает. Во-вторых, имеется несколько неточных сообщений, что ЭСТ всегда вызывает нарушения функции мозга. Хотя эти сообщения в значительной степени опровергнуты, этот аспект все еще остается.

Решение предложить больному ЭСТ, как и все рекомендации, касающиеся лечения, должны основываться как на оптимальности выбора, так и на рассмотрении обоих полюсов: риск и преимущества. Основной альтернативой к ЭСТ обычно является фармакотерапия и психотерапия, причем оба эти вида лечения связаны

как с риском, так и с преимуществами. В настоящее время многие психиатры начинают понимать, что метод ЭСТ сильно недооценивается как метод безопасной и эффективной терапии депрессии. И наоборот, часть психиатров и официальных представителей службы здоровья по-прежнему считают, что ЭСТ следует применять, только если другого выхода нет. По отношению к тем больным, для которых ЭСТ являлась эффективным методом в прошлом, врачу не следует из-за своего предубеждения лишать больного эффективного метода лечения.

ИСТОРИЯ

В апреле 1938 г. в Риме Ugo Cerletti и Lucio Bini провели в первый раз электросудорожную терапию. Вначале она называлась электрошоковой терапией (ЭШТ), позже — ЭСТ. Хотя Cerletti и Bini проводили исследования на модели животных с эпилепсией, на людях они осуществили это лечение под большим влиянием Lazlo von Meduna из Будапешта. В 1934 г. Meduna сообщил об успешном лечении кататонии и других острых симптомов шизофрении с помощью припадков, вызванных фармакологическими препаратами. Meduna начал с внутримышечных инъекций масляной суспензии камфоры, но затем быстро перешел к внутривенному введению пентиленететразола. Meduna применил этот метод лечения на основании двух наблюдений. Во-первых, было клинически показано, что симптомы шизофрении часто уменьшаются после припадка. Такие припадки часто появлялись у психически больных в результате несчастного случая или возникали ятро-генно; они были вторичны по отношению к абстиненции, вызванной отменой лекарств (например, барбитуратов). Во-вторых, господствовало неверное представление, что шизофрения и эпилепсия не могут сосуществовать у одного и того же больного. Отсюда делали вывод, что вызывание у больного припадков могло помочь больному излечиться от шизофрении. Припадки, вызванные пентилепететра-золом можно использовать как эффективное лечение; это было высказано за 4 года до того, как были внедрены электросудорожные припадки.

Основным недостатком ЭСТ являлся дискомфорт, испытываемый больным при этой процедуре, являющийся результатом двигательной активности во время припадков. Эти проблемы были преодолены тем, что давалась общая анестезия и обеспечивалась мышечная релаксация во время этого лечения. Представляет интерес, что развитию данного метода способствовало экстрагирование американским психиатром А. Е. Bennett кураре из растений, содержащих это вещество. Bennett предложил применять спинальную анестезию во время ЭСТ, а также и кураре для того, чтобы вызвать паралич мышц, что, в свою очередь, предупреждало переломы. В 1951 г. был введен сукцинилхолин, который стал наиболее часто применяться как мышечный релаксант для ЭСТ. В 1957 г. стали давать гексафлуорини-рованный диэтилэфир (ГД) в качестве фармакологического вещества, вызывающего припадки; это вещество являлось составной частью даваемого больному газа. Отсутствие преимуществ этого метода привело к тому, что в 1950-х годах ГД перестал поступать на рынок и число больных, которым делали ЭСТ, снизилось.

КЛАССИФИКАЦИЯ

Расположение электродов при электросудорожной терапии может быть либо билатеральным, либо унилатеральным. Билатеральные электроды, которые были предложены первыми, накладывались с одним стимулирующим электродом над обоими полушариями мозга. При унилатеральной ЭСТ оба электрода накладываются над субдоминантным полушарием. Билатеральная

ЭСТ считается несколько более эффективной, особенно для более тяжелых больных, хотя мнения об этом противоречивы. Однако при биполярной ЭСТ также наблюдается больше побочных действий, прежде всего когнитивных нарушений. Другим видом классификации ЭСТ является подразделение ее по форме электрического стимула, когда он выводится на осциллоскоп. Двумя основными видами является синусоволновая ЭСТ и короткий импульс. Метод стимуляции с помощью короткого импульса вызывает припадки меньшей силы, чем метод с помощью синусоволновых импульсов. Применение более слабого электрического тока вызывает меньший когнитивный эффект, поэтому метод, в котором применяется короткий электрический стимул, является предпочтительным методом.

Двумя другими вариантами лечения ЭСТ являются: 1) применение пороговой дозы и 2) расположение обоих электродов на одном полушарии. Оба варианта предназначены для снижения когнитивных нарушений, обусловленных лечением. Пороговая доза рассчитана так, что сила электрического тока лишь слегка превышает ту, которая необходима для возникновения припадков. Так как эта сила возрастает по мере увеличения числа процедур ЭСТ, вначале следует выбирать низкую силу тока, а затем увеличивать ее в курсе лечения. Вопрос о том, является ли эта схема лечения столь же эффективной, как и схема с применением постоянной величины силы тока, а также о том, уменьшается ли с применением этой схемы число побочных эффектов, остается открытым и в настоящее время исследуется. К сожалению, расположение обоих электродов на одном полушарии не вызывает снижения побочных эффектов.

МЕХАНИЗМ ДЕЙСТВИЯ

Появление билатеральных генерализованных припадков вызывает как полезный, лечебный, так и побочные эффекты. Два основных исследовательских подхода к обнаружению связи между этими припадками и редукцией психических нарушений представляют собой нейрохимический и нейрофизиологический.

Нейрохимическая гипотеза постулирует, что клиническое улучшение, наблюдающееся в результате сеансов ЭСТ, наступает в результате изменения нейротрансмиттерной функции. Под влиянием серии ЭСТ возникает снижение функции постсинаптических Р-адренергических рецепторов, такое же изменение рецепторов имеет место при хроническом лечении антидепрессантами. При проведении ЭСТ наблюдается усиление функции постсинаптических 5-HT_2-рецепторов; однако направление этих изменений противоположно тому, которое характерно для некоторых антидепрессантов. ЭСТ снижает также число мускариновых ацетилхолиновых рецепторов. Некоторые исследователи предполагают, что важен баланс между норадренергической, серотонинергической и холинергической передачей, а не изменение какой-либо одной нейротрансмиттерной системы. Имеются некоторые данные, что ЭСТ может снижать синтез и высвобождение ГАБА, а также повышать эндогенную опиоидную активность.

С позиций нейрофизиологического подхода к идиопатической эпилепсии, имеются данные о том, что области мозга, которые являются метаболически гиперактивными во время припадка, сразу же после него становятся гипоактивными. Эти изменения продемонстрированы с помощью сканирования на ПЭТ и данных о церебральном кровотоке и находятся в соответствии с картами мозга, составляемыми по ЭЭГ. Тот факт, что ЭСТ действует как противосудорожное средство, т. е. что под влиянием ЭСТ фактически повышается порог судорожной активности у данного субъекта, возможно, является связующим звеном между нейрохимическими и нейрофизиологическими данными.

ПОКАЗАНИЯ

Тяжелая депрессия

Наиболее частым показанием для применения ЭСТ является тяжелая депрессия. Более 80% больных, которым производится ЭСТ в США, имеют этот диагноз. Больные с тяжелой депрессией обнаруживают реакцию на ЭСТ в 80—90%, что по меньшей мере соответствует (а возможно, и превосходит ее) реакции на антидепрессанты. Лечение с помощью ЭСТ дает более быстрый эффект и меньше побочных действий, чем лечение антидепрессантами. ЭСТ эффективна как при униполярной, так и при биполярной депрессии и одинаково эффективна у мужчин и женщин. Больные с бредовой или психотической депрессией обнаруживают особенно хорошую реакцию на ЭСТ, тогда как лечению только антидепрессантами эти расстройства поддаются слабо. Депрессии с чертами меланхолии (например, с особенно тяжелыми нарушениями, психомоторной ретардацией, слишком ранними пробуждениями по утрам, суточными колебаниями настроения, которое хуже по утрам, понижением аппетита и потерей массы тела, а также ажитацией) особенно хорошо поддаются лечению ЭСТ. Хорошую реакцию на ЭСТ можно также ожидать у больных, у которых отсутствует подавление дексаметазона и притуплена реакция щитовидной железы на введение тиреотропного гормона. Пожилые больные реагируют на ЭСТ более медленно, чем молодые. Следует, однако, помнить, что ЭСТ представляет собой способ лечения депрессивного приступа и не обеспечивает профилактики. Вопрос о поддерживающем лечении с помощью ЭСТ для сохранения клинической ремиссии еще не нашел ответа.

Другие показания

Шизофрения. Приблизительно 15—20% больных, получающих ЭСТ, страдают шизофренией. Наиболее хороший эффект отмечается при острой, аффективной или кататонической симптоматике. Эффективность ЭСТ у таких больных приблизительно равна эффективности антипсихотиков; однако ЭСТ эффективна только у 5—10% хронических больных.

Мания. Количество наблюдений, полученных в клинических исследованиях с хорошим контролем относительно эффективности лечения острой мании с помощью ЭСТ, все время возрастает. Поскольку лечение фармакологическими препаратами эффективно и относительно безопасно, ЭСТ применяется только в тех случаях, когда к фармакологическому методу имеются определенные противопоказания.

Другие виды применения и обоснование их. В других странах, кроме США, ЭСТ применяется с хорошим эффектом при лечении белой горячки и конверсионных расстройств. ЭСТ, по-видимому, является самым безопасным методом лечения при определенных обстоятельствах, например, при беременности, у пожилых людей и при наличии симптомов, требующих немедленного лечения. ЭСТ можно спокойно проводить во время беременности. У соматических больных и у пожилых людей ЭСТ вызывает меньшую кардиотоксичность, чем применяемые в настоящее время фармакологические препараты.

УКАЗАНИЯ К КЛИНИЧЕСКОМУ ПРИМЕНЕНИЮ

Больные и члены их семей часто боятся ЭСТ, поэтому надо им объяснить ее положительные и отрицательные эффекты, а также альтернативные подходы к лечению. Этот процесс получения информации должен быть подкреплен документально, для этого в истории болезни каждого больного делается соответствующая врачебная запись. Насильно ЭСТ в настоящее время проводится редко, и только тем больным, которые по состоянию нуждаются в срочном лечении, и только если юридически опекуны согласны на этот вид лечения. Всегда надо действовать в соответствии с местными законами для данной области, штата или федерации.

Оценка состояния перед лечением

Оценка состояния перед лечением должна основываться на стандартном исследовании физического статуса и медицинской истории болезни, анализе крови и мочи, рентгеновского исследования грудной клетки и электрокардиограммы. При определенных обстоятельствах рекомендуется сделать снимок позвоночника и черепа, компьютерную томографию, ядерно-магнитный резонанс или ЭЭГ.

Следует тщательно рассмотреть получаемое больным в настоящее время лечение, поскольку может возникнуть взаимодействие между получаемыми препаратами и вспомогательными веществами, используемыми при ЭСТ. Офтальмологические растворы антихолинэстеразы, ингибиторы моноаминоксидазы и литий могут нарушать метаболизм сукцинилхолина. Имеются данные о гипотензивных коллапсах при лечении резерпином и последующее возрастающее действие на ЦНС при лечении литием. Седативно-снотворные препараты и просудорожные средства влияют на электрические свойства, которые обусловливают припадки. Вопрос о том, стоит ли продолжать лечение больных антидепрессантами или антипсихотиками во время ЭСТ, остается открытым. Большинство врачей, однако, отменяет антидепрессанты перед назначением ЭСТ.

Премедикация, анестезия и мышечная релаксация

За тридцать минут до начала лечения вводят антихолинергическое вещество (например, атропин) для того, чтобы свести к минимуму секрецию и вызвать легкую тахикардию, что предотвращает развитие брадикардии в процессе лечения. Некоторые центры по лечению ЭСТ отказались от предварительного введения антихолинергических веществ. Их использование показано только больным, находящимся на лечении (3-адренергическими блокаторами и у больных с желудочковой эктопической систолой.

Применение ЭСТ требует общей анестезии, мышечной релаксации или паралича и оксигенации. Больным, находящимся на ЭСТ, кислород обычно дают с начала анестезии до возобновления адекватного спонтанного дыхания, за исключением коротких интервалов электрической стимуляции.

Глубина анестезии должна быть небольшой не только для того, чтобы свести к минимуму побочные эффекты, но также для того, чтобы избежать повышения судорожного порога, которое возникает при применении многих анестетиков. В большинстве случаев используются метогекситал (Brevital) или тиопентал (Pentothal). Первый является предпочтительным, так как он вызывает меньше случаев сердечной аритмии при ЭСТ. Типичная доза метогекситала для взрослого человека средней комплекции 60 мг, хотя диапазон включает от 30 до 160 мг.

Вслед за началом анестетического эффекта, обычно в течение 1 мин, в/в вводится мышечный релаксант. Сукцинилхолин, очень быстродействующее деполяризующее блокирующее средство, универсален для этой цели. Оптимальная доза сукцинилхолина обеспечивает достаточную релаксацию для того, чтобы прекратить большинство, хотя и не все, крупных иктальных движений тела. Обычно начальной дозой для взрослого человека средних размеров является 60 мг. Поскольку сукцинилхолин является деполяризующим блокирующим веществом, его действие связано с мелкими подергиваниями мышц в ростро-каудальном направлении. Исчезновение этих движений показывает, что достигнута максимальная релаксация. Если наличие заболеваний скелетной мускулатуры или сердца требует получения полной релаксации, можно добавить кураре (3—6 мг в/в) за несколько минут перед анестезией, вместе с повышением дозы сукцинилхолина. Если надо, можно использовать стимулятор периферических нервов для получения полного нервно-мышечного блока.

Из-за короткого полупериода жизни сукцинилхолина продолжительность апноэ после его введения обычно меньше, чем задержка в возвращении сознания после анестезии и постиктального состояния. В случаях врожденных или приобретенных состояний, связанных с дефицитом псевдохолинэстеразы, или когда мета-

болизм сукцинилхолина прерывается в результате взаимодействия лекарств, может появиться продолжительное апноэ, и лечащий врач должен быть всегда наготове, чтобы справиться с этой проблемой.

Расположение стимулирующих электродов

Как уже отмечалось, электроды располагаются двумя способами, билатеральным и унилатеральным. Поскольку унилатеральная ЭСТ связывается с меньшим числом побочных когнитивных эффектов, некоторые врачи продолжают по традиции назначать ЭСТ с унилатеральным расположением электродов, переходя к билатеральному после пяти — шести сеансов неудачного лечения.

Традиционное, билатеральное расположение электродов для ЭСТ — бифронтотемпоральное, каждый электрод имеет центр приблизительно на 2,5 см выше срединной локализации по воображаемой линии, проводимой от козелка ушной раковины до внешнего угла глазной щели. При унилатеральной ЭСТ один стимулирующий электрод обычно располагается над субдоминантной фронтотемпоральной областью. Хотя для второго стимулирующего электрода предложено несколько локализаций, локализация на субдоминантной, центропариетальной области, чуть латеральнее от средней линии на уровне вертекса обеспечивает наиболее низкий порог припадков.

Какое из полушарий является доминирующим, определяется рядом простых заданий на выполнение какой-либо деятельности (например, право- или леворукость, определение доминантной ноги, предпочтительность, с которой говорит больной). Реакции правой половины тела коррелируют в высокой степени с доминированием левого полушария. Если реакции носят смешанный характер или если они отчетливо указывают на доминирование левой половины тела, следует чередовать полярность унилатеральной стимуляции во время последовательных серий лечения. Следует также оценивать время, в течение которого к больному возвращается сознание и он начинает отвечать на простые вопросы, касающиеся ориентировки и имени. Сторона, стимуляция которой вызывает менее быстрое возвращение сознания и восстановление функции, считается доминантной.

Электрический стимул

В аппаратах для ЭСТ используются либо стимулы постоянного тока, либо постоянного напряжения. Неясно, какой тип следует считать предпочтительным. Двумя основными типами стимуляции являются синусоволновые и короткие электрические стимулы. Метод с короткими стимулами может вызвать припадок с силой, приблизительно равной '/з тои силы, которая нужна для того, чтобы вызвать припадок, используя метод с синусоволновой стимуляцией. Сейчас в США предпочитается метод с применением короткого стимула. Точная характеристика стимула зависит от аппарата и индивидуального судорожного порога данного субъекта. Припадок должен продолжаться от 30 до 60 с. Припадки, длящиеся дольше 60 с, иногда связаны с тем, что применяется надпороговая сила стимула и ее можно уменьшить в последующих сеансах. В других случаях, однако, даже небольшое понижение интенсивности стимула может привести к полному отсутствию припадка. Если в течение 20 с припадков не наблюдается, нужно увеличить интенсивность стимула. Если слишком долго ждать перед тем, как увеличить силу стимула, можно дождаться того, что снизится действие анестезии или мышечной релаксации.

Вызванные припадки

Одновременно с поступлением электрического тока, независимо от того, появляются ли припадки, возникает кратковременное мышечное сокращение, наиболее сильное у челюсти. Первым поведенческим признаком припадка часто является разгибание стопы, которое продолжается от 10 до 20 с и характеризует тоническую фазу. Затем за этой фазой следуют ритмические (т. е. клонические) со-

крашения, которые уменьшаются по частоте и в конце концов исчезают. При тонической фазе наблюдается высокочастотная, острая электроэнцефалографическая активность, на которую могут накладываться даже еще более высокочастотные мышечные артефакты. Во время клонической фазы могут появляться вспышки полиспайковой активности одновременно с мышечными сокращениями, но обычно они остаются на несколько секунд дольше, чем продолжаются клонические движения. Часто имеет место кратковременное постиктальное подавление, а иногда даже полное отсутствие фоновой ЭЭГ-активности. Такое подавление намного реже возникает при унилатеральной ЭСТ, в частности, на субдоминантном полушарии.

Важно объективно убедиться в том, что после стимуляции действительно имеют место билатеральные генерализованные припадки. Врач должен наблюдать либо тонически-клонические движения, либо обнаружить электрофизиологические доказательства судорожной активности по ЭЭГ или ЭМГ. Припадки при унилатеральной ЭСТ асимметричны, выявляют более высокую ЭЭГ-амплитуду над стимулируемым полушарием. Иногда возникают унилатеральные припадки, и по этой причине важно, чтобы по меньшей мере одна пара ЭЭГ электродов была помещена над контралатеральным полушарием при использовании унилатеральной ЭСТ.

Длительные припадки (припадки, длящиеся более 5 мин) или эпилептический статус можно снять дополнительными дозами анестетика или внутривенным введением диазепама. Эти осложнения могут заканчиваться интубацией, так как воздушный путь через рот недостаточен для адекватного внешнего дыхания в течение обширного периода апноэ. В клинической практике более частую проблему представляет возможность вызвать припадок. Эту проблему можно разрешить с помощью гипервентиляции, уменьшения анестезии, воздействия стимулами малой интенсивности перед воздействием стимулами высокой интенсивности или применением дополнительных стимулирующих веществ (например, кофеина).

Число и промежутки между сеансами ЭСТ

Длительность курса лечения ЭСТ должна определяться не фиксированным числом сеансов, а клинической реакцией больного. Больные, которые лечатся от депрессии, обычно выздоравливают медленно; первые признаки улучшения появляются после нескольких сеансов, а максимальное улучшение наблюдается через 5—10 сеансов. Депрессивным больным обычно назначается 2—3 сеанса в неделю. Маниакальным больным и больным шизофренией может потребоваться более частое назначение сеансов (иногда ежедневно) и более длительный курс (вплоть до 25 сеансов).

Поддерживающая терапия

Активный курс ЭСТ вызывает ремиссию, но сам по себе не предотвращает рецидива. Всегда надо проводить поддерживающую терапию после ЭСТ. В основном это бывает фармакологическая терапия, поскольку вопрос об эффективности поддерживающей терапии ЭСТ еще не решен.

ПОБОЧНЫЕ ЭФФЕКТЫ

Противопоказания

К ЭСТ нет абсолютных противопоказаний, бывают только ситуации повышенного риска. Ухудшение после ЭСТ, как правило, наступает у больных с опухолью мозга и перенесших инсульт, поскольку в результате ЭСТ наблюдается кратковременная поломка гематоэнцефалического барьера и повышение внутричерепного давления. ЭСТ таким больным должна проводиться с необходимыми кон-

трольными измерениями и средствами (например, антигипертензивными, стероидами), предназначенными для минимизации этих потенциальных побочных эффектов. Перенесенный недавно инфаркт миокарда увеличивает риск дальнейшей сердечной декомпенсации при ЭСТ, поскольку при этой процедуре наблюдается усиление кардиоваскулярных нарушений. Тяжелая гипертония также может явиться противопоказанием, поскольку ЭСТ значительно повышает кровяное давление. В этих случаях перед ЭСТ необходимо нормализовать кровяное давление.

Смертность

Смертность при ЭСТ колеблется между 1 на 1000 и 1 на 10000 больных, что приблизительно соответствует смертности от самой кратковременной общей анестезии. Смерть обычно наступает от сердечно-сосудистых нарушений и, как правило, у больных, которые уже страдали сердечными заболеваниями.

Побочные эффекты со стороны ЦНС

Особенно боятся при ЭСТ побочных действий на ЦНС, в частности на функцию памяти, как профессионалы, так и не профессионалы. Хотя нарушения памяти в курсе лечения ЭСТ являются почти правилом, последующие данные показывают, что практически все больные возвращаются к своему исходному когнитивному уровню через 6 мес. Некоторые больные, однако, продолжают жаловаться на нарушение памяти. Степень когнитивных нарушений и время, необходимое для возвращения к исходному уровню, частично связаны с электростимуляцией, используемой во время лечения.

Побочные действия на различные системы организма

Иногда во время ЭСТ наблюдается кратковременная сердечная аритмия, правда незначительная, особенно у больных, у которых уже отмечались заболевания сердца. Эта аритмия обычно является побочным продуктом кратковременной постиктальной брадикардии, и поэтому ее можно предупредить повышением дозы антихолинергической премедикации. В других случаях аритмия может быть вторичной по отношению к тахикардии, имеющейся во время припадков: она может также появиться в период времени, когда к больному возвращается сознание. В этих случаях может помочь профилактическое введение пропранолола. Как уже отмечалось, состояние апноэ может быть пролонгированным, если нарушен метаболизм сукцинилхолина. Токсические или аллергические реакции на фармакологические вещества, используемые в курсе ЭСТ, наблюдаются редко.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

Abrams R., Taylor M. A., Volavka J. ECT-induced EEG asymmetry and therapeutic response in melancholia: Relation to treatment electrode placement.— Am. J. Psych., 1987, 144, 327.

American Psychiatric Association Task Force on ECT: Task Force Report 14: Electroconvulsive Therapy. American Psychiatric Association, Washington, DC, 1978.

Blain J.D.,-Clark S.M., editors Report of the NIMH-NIH consensus development conference on electroconvulsive therapy.— Psychopharm. Bull., 1986, 22, 445.

Fink M. Meduna and the origins of convulsive therapy.— Am. J. Psychiatry, 1984, 141, 1034.

Home R. L., Pettinati H. M., Sugerman A. A.. Varga E. Comparing bilateral to unilateral electroconvulsive therapy in a randomized study with EEG monitoring.— Arch. Gen. Psychiatry, 1985, 42, 1087.

Hyram V., Palmer L.H., Cernik J. ECT: The search for the perfect stimulus.— Biol. Psychiatry, 1985, 20, 634.

Kanamatsu T., McGinty J. F., Mitchell C. L. Dynorphin and enkephalin-like immunorea-cxivity is altered in limbic-basal ganglia regions of rat brain after repeated electroconvulsive shock.— J. Neurosci, 1986, 6, 644.

Lerer B. Studies on the role of brain cholinergic systems on the therapeutic mechanisms and adverse effects of ECT and lithium.-—Biol. Psychiatry, 1985, 20.
'falitz S., Sackeim H.A., editors: Electroconvulsive Therapy: Clinical and Basic Research Issues. Annals of the New York Academy of Sciences, 1986, 1, 462.
^ackheim H., Decina P., Prohovnik I., Malitz S. Seizure threshold in electroconvulsive therapy.—Arch. Gen. Psych., 1987, 44, 355.
Squire L.R., Zouzounis J.A. ECT and memory: Brief pulse vers s sinewave.— Am. J. Psychiatry, 1986, 143, 596.
Thompson J. W., Blaine J. D. Use of ECT in the United States in 1975 and 1980.— Am. J. Psych., 1987, 144, 557.
iVeiner R.D. Does electroconvulsive therapy cause brain damage?—Behav. Brain Sci, 1984, 7, 1.

24.7. ДРУГИЕ ВИДЫ ОРГАНИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ

ПСИХОХИРУРГИЯ

Введение и история

Психохирургия является методом хирургического воздействия на мозг для уменьшения психических нарушений у тяжелобольных, которые резистентны к более традиционным методам лечения психических заболеваний. Психохирургия разрушает либо определенные области мозга (например, лоботомия, цингулотомия), либо связующие пути (например, трактотомии, лейкотомии). Оба эти вида и вживление стимулирующих электродов используются при нейрохирургическом лечении боли и эпилепсии.

В 1935 г. после того, как Jacobsen и Fulton показали, что удаление фронтальной доли у обезьян вызывает успокаивающее действие, Moniz и Lima, работающие в Португалии, отделили белое вещество лобной доли у 20 психотических больных и сообщили, что у этих больных наблюдалось снижение напряжения и уменьшение психотической симптоматики. В 1936 г. Freeman и Watts из Университета имени Георга Вашингтона ввели в США психохирургический метод лоботомии. Хотя ранний метод требовал проделывания отверстий или других способов обнажения мозга, Freeman в конце концов разработал технику трансорбитальной лейкотомии — введение и латеральное движение острого инструмента (обычно криохирургического) через глазницу, как способ отделения белого вещества лобных долей. В конце 1940-х годов психохирургия получила всемирное распространение, и каждый год, по подсчетам, было оперировано по 5000 больных. В 1949 г. Moniz получил Нобелевскую премию за свою работу по развитию психохирургического метода. Вскоре после этого введение антипсихотических препаратов и возросшее общественное мнение относительно этических проблем, связанных с психохирургией, привело к почти полному прекращению использования этого метода. Хотя психохирургический метод как средство борьбы с болью и эпилепсией продолжает использоваться, интерес к этому методу как способу лечения психических болезней только сейчас начинает возрождаться. Этот возрожденный интерес основывается на нескольких факторах, включая значительное усовершенствование техники, которая позволяет нейрохирургу более точно стереотаксически удалять намеченный участок мозга, более высокий уровень предоперационной диагностики, более квалифицированный психологический анализ пре- и постоперационного состояния и более полную оценку состояния в будущем.

Показания

Основным показанием к психохирургии является наличие тяжелого, хронического психического заболевания, которое не поддается лечению другими способами. Разумным критерием для назначения этого метода является наличие этого за-

болевания не менее 3 лет, в течение которых были испробованы все имеющиеся средства лечения. Наиболее хорошая реакция на психохирургию отмечается при хронической депрессии и обсессивно-компульсивных расстройствах. Наличие нарушений со стороны вегетативной нервной системы и выраженная тревога также могут означать, что психохирургия окажет хороший эффект. Относительно того, является ли психохирургия адекватным методом лечения неподдающейся другим методам выраженной агрессии, мнения противоречивы. Психохирургия не показана для лечения мании или шизофрении.

Современные методы психохирургии

Стереотаксическое хирургическое оборудование теперь позволяет точно локализовать участки мозга, подлежащие удалению. Для разрушения этих участков используются радиоактивные имплантанты, циропробы, электрокоагуляция, протоновые лучи и ультразвуковые волны. Наиболее часто производится передняя цингулотомия, которая, как предполагают, прерывает таламофронтальные пути. Считается, что таламотомия является наиболее действенным психохирургическим методом лечения депрессии. Этот метод разрушает дорсомедиальное ядро таламуса. Третьим методом является разрушение безымянной субстанции. С точки зрения самых современных нейрохирургических позиций, для оптимальных результатов нужны билатеральные вмешательства.

Терапевтический и побочные эффекты

При тщательном подборе больных в 60—90% случаев наблюдается значительное улучшение. Ухудшение встречается менее чем в 3%. После хирургического вмешательства улучшение продолжается 1—2 года; улучшается реакция больных на фармакологические препараты, хотя до психохирургии она почти отсутствовала; становится возможным также применение поведенческих подходов. Постоперативные припадки имеют место менее чем в 1 % случаев и легко устраняются дифенилгидантоином. Как показывают измерения IQ, после хирургии улучшаются также когнитивные способности; возможно, это связано с возрастанием интереса к предъявляемым когнитивным заданиям. При современной очень щадящей технике нежелательных изменений личности не отмечается.

СВЕТОТЕРАПИЯ

Светотерапия, которая называется также фототерапией, состоит в том, что больного подвергают воздействию искусственных источников света. Главным показанием для этого вида терапии является сезонное аффективное расстройство (САР), называемое также сезонным расстройством настроения, которое включает сочетание депрессивных симптомов, появляющихся у некоторых больных осенью и зимой.

Механизм действия

Циркадные ритмы человека являются результатом того, что эндогенные пейсмекеры заводятся экзогенными «таймерами». Предполагается, что супрахиазмальное ядро гипоталамуса является главным эндогенным пейсмекером; основным «таймером» считается цикл «свет—темнота». Воздействие света в начале ночи обусловливает задержку фазы, т.е. ритмы сдвигаются на более позднее время, а воздействие света во время второй половины ночи обусловливает ускорение фазы, т.е. ритмы сдвигаются на более раннее время. Поэтому, когда эндогенные пейсмекеры заводятся светом, наблюдается ускорение фазы на рассвете и задержка фазы в сумерки. В течение ночи шишковидная железа выделяет мелатонин. Это прекращается под действием света, но не стимулируется темнотой в течение дня.

Механизм действия светотерапии неизвестен, хотя выдвинуты три гипотезы. Во-первых, подавление секреции мелатонина может быть активным средством воздействия на настроение. Во-вторых, подвергание воздействию света по утрам может вызвать ускорение фазы, что таким образом снимает синдром задержки фазы, проявляющийся в сезонном расстройстве настроения. В-третьих, поскольку данные относительно оптимального времени действия света противоречивы, само воздействие большим числом фотонов (через кожу и глаза) может быть ключевым механизмом.

Показания

Основным показанием к светотерапии в настоящее время являются сезонные расстройства настроения, наблюдающиеся преимущественно (80%) у женщин. Средний возраст составляет 40 лет, хотя при лучшей диагностике этого заболевания возраст может оказаться меньше. Нарушения возникают зимой и спонтанно прекращаются весной. Наиболее частыми симптомами являются депрессия, утомляемость, сонливость, гиперфагия, повышенная потребность в углеводах, раздражительность и интерперсональные трудности. От одной трети до половины больных с сезонными расстройствами настроения ранее не обращались за помощью к психиатру. Остальные расценивались как страдающие расстройствами настроения. Более 50% этих больных имеют ближайших родственников с расстройствами настроения.

Указания к клиническому применению

Лечение должно проводиться ярким светом (2500 люкс), что приблизительно в 200 раз ярче обычного света. В начале исследования больных подвергали воздействию света на 2—3 ч перед рассветом и на 2—3 ч после наступления сумерек каждый день. Больным давалась инструкция не смотреть прямо на свет, но иногда бросать на него взгляды. В некоторых исследованиях было высказано предположение, что подвергать воздействию света по утрам и необходимо, и достаточно для получения терапевтического эффекта. В отличие от этого, в других работах сообщалось, что хороший эффект достигается, если воздействие светом происходит 2—3 ч в любое время в течение дня. Больные обычно положительно реагируют на лечение спустя 2—4 дня после его начала, а после прекращения лечения через 2—4 дня наступает рецидив. Единственным побочным эффектом является раздражительность. С этим можно бороться, снизив время действия света.

ДЕПРИВАЦИЯ СНА И НАРУШЕНИЕ РЕЖИМА СНА

Другой метод лечения заключается в том, что больного лишают ночного сна. Вариантом этого метода является лишение лишь ФБС. Нарушение режима сна означает, что больного укладывают спать либо раньше, либо позже обычного времени каждую ночь. Предполагается, что этот метод лечения разрушает фазовые отношения между различными циркадными ритмами. Выдвинута гипотеза, что состояние, при котором циркадные ритмы выбиваются из фазы, само по себе патогенно, и что, нарушая ритм бодрствование—сон, возможно восстановить нормальные фазовые отношения.

Основным показанием для этого способа лечения является депрессия. Ускорение фазы цикла сна может также способствовать более успешному применению фармакотерапии при депрессии. Однократное лишение ночного сна оказывает хороший эффект; однако этот эффект обычно продолжается лишь один день. Если, напротив, ограничивать сон больного тремя — четырьмя часами в течение 2—4 дней, терапевтический эффект может продолжаться в течение недели.

БЕСЕДА С ПОМОЩЬЮ ВОЗДЕЙСТВИЯ ЛЕКАРСТВ

Введение

Для того чтобы облегчить сбор информации во время психиатрической беседы, некоторые врачи рекомендуют специальные способы, облегчающие беседу. Беседа под влиянием внутривенного введения амитал-натрия привела к появлению общеизвестного термина амиталовое интервью «amytal interview». Беседа, называемая наркотерапией или наркоанализом, состоит из серии психотерапевтических сеансов, проводимых с помощью фармакологических препаратов. Используются как седативные средства (например, барбитураты, бензодиазепины), так и стимуляторы (например, метилфенидат). Предполагается, что наркотерапия дает больным возможность катарсиса путем выведения репрессированного материала из памяти и доведения его до уровня сознания. Хотя в современной психиатрии очень редко используется наркотерапия, в настоящее время интерес к ней возрождается. Некоторые врачи отмечают хороший эффект МДМА («экстаза»), используемого в качестве препарата, облегчающего беседу.

Показания

Хотя вопросу о беседах с помощью лекарств посвящена большая литература, в основном сообщения сделаны на основе исследований, проведенных без надлежащего контроля и иногда носят анекдотический характер, поэтому трудно определенно говорить о показаниях. Более того, некоторые исследования, проведенные с хорошим контролем, показали, что применение препаратов не гарантирует того, что больные скажут правду, несмотря на очень распространенное ложное утверждение, что амитал-натрий есть «правдивая жидкость». В нескольких исследованиях показано, что действительно, беседы, проводимые под воздействием лекарств, не лучше, чем беседа на повышенном эмоциональном фоне, гипноз или введение плацебо.

Наиболее часто в настоящее время поводом для проведения беседы под воздействием лекарств является невозможность получения информации у неразговаривающих больных, больных с кататонией и конверсивными реакциями. Хотя беседы с помощью лекарств позволяют собрать информацию быстрее, факты, указывающие на то, что эта методика оказывает положительное терапевтическое воздействие, отсутствуют. Больные иногда молчат потому, что у них имеет место избыточная тревога по поводу травматизирующих событий, о которых их просят рассказать (например, изнасилование, несчастный случай), и в этих случаях применяется беседа под действием лекарств. Но гипноз, успокаивающие препараты в течение дня, эмоциональная и доброжелательная беседа и само время также помогают собрать информацию без риска, связанного с проведением беседы под действием лекарств.

Молчащие больные с психическими расстройствами либо страдают кататонической шизофренией, либо конверсивными реакциями, либо симулируют. Барбитураты помогают временно активировать кататонических больных, поэтому при кататонической шизофрении показана беседа под действием препаратов. Больные с любым типом конверсивных расстройств и симуляцией могут обнаружить улучшение при беседе под влиянием препаратов, но могут и не обнаружить. Общепринято, но не доказано мнение, что больные, страдающие функциональными расстройствами, лучше поддаются беседе под влиянием препаратов, чем больные органическими заболеваниями, которые могут в этих случаях даже обнаружить ухудшение. Если у таких больных наступает улучшение, нет никаких доказательств, что это связано с применением данного метода, а если улучшения нет, а имеется даже ухудшение, информация, приобретенная в беседе, очень мало помогает в том, чтобы назначить больному правильное лечение.

Другим показанием к беседе, проведенной под влиянием лекарств, является дифференциальный диагноз спутанности; основанием для этого является мнение о том, что, если спутанность обусловлена функциональным заболеванием, она

пройдет во время такой беседы, а если органическим — нет. Ложные позитивные результаты получаются, когда больной со спутанностью испытывает абстиненцию по поводу лишения алкоголя или барбитуратов или когда у больного имеет место эпилептическое расстройство. Ложные негативные результаты получаются, когда при беседе применяется слишком много препарата, а иногда, если больной страдает конверсивными расстройствами или является симулянтом. Другим рекомендуемым ранее показанием к применению лекарств для проведения беседы были случаи, когда требовалось провести дифференциальный диагноз между шизофренией и депрессией. Предполагалось, что, когда вводился амитал-натрий, больные шизофренией воспроизводили причудливый материал, а депрессивные больные— депрессивный. Эта гипотеза не была подтверждена в исследованиях с хорошим контролем. Считалось, что амитал-натрий может также подкреплять поддерживающую терапию. При этой методике его использовали для подкрепления внушения (например, «Вы перестанете курить»). Однако в этой методике более эффективным оказался гипноз. Более того, мышечная релаксация оказалась более сильной, чем при поведенской терапии, в курсе которой использовался амитал-натрий как средство подкрепления.

Указания к клиническому использованию

10% раствор амитал-натрия вводят со скоростью от 0,5 до 1,0 мл/мин. Скорость введения и общая доза должны быть подобраны для каждого больного. Общая доза может варьировать между 0,25 и 0,5 г, хотя иногда некоторым больным вводится до 1,0 г. Конечный момент введения — состояние легкого седативного эффекта, но не сон. Бензодиазепины (например, диазепам) могут быть столь же эффективны и менее опасны, чем барбитураты.

Барбитураты нельзя вводить больным с заболеваниями печени, почек и сердечно-сосудистой системы, а также больным с порфирией или наличием зависимости к седативным препаратам в анамнезе. Во время действия барбитуратов могут иметь место аллергические реакции или подавление дыхания, и нужно быть готовыми к борьбе с этими осложнениями. Более того, использование того, что больные могут принимать «за правдивую жидкость», может приводить к усилению их паранойи и препятствовать переносу и противопереносу.

ДРУГИЕ МЕТОДЫ ОРГАНИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ

Плацебо

Плацебо — это вещества, не обладающие фармакологической активностью. Хотя обычно считают, что плацебо действуют через внушение, а не биологическим путем, эта идея основывается на искусственном подразделении на ум и тело. Фактически любой метод лечения сопровождается рядом факторов, которые еще не нашли своего объяснения и которые влияют на результат лечения (например, вкус лекарства, эмоциональная реакция на врача). Действительно, оба эти плохо понимаемые фактора и эффекты плацебо лучше называть неспецифическими терапевтическими факторами. Например, недавно было показано, что налоксон, опиоидный антагонист, может блокировать аналгезирующие эффекты плацебо, на основании чего можно .предположить, что высвобождение эндогенных опиоидов может лежать в основе некоторых плацебо-эффектов.

Хроническое лечение с помощью плацебо не следует проводить, если больные возражают против такого лечения. Более того, обманная терапия с помощью плацебо серьезно подрывает доверие больного к врачу. И наконец, плацебо не следует применять, если возможна эффективная терапия, так как это может привести как к зависимости от препаратов, так и к побочным эффектам.

Акупунктура и акупрессура

Древний китайский метод акупунктуры представляет собой стимуляцию некоторых специфических точек тела электрическими стимулами или иглоукалыванием. Акупрессура представляет собой стимуляцию этих же самых точек давле-

нием; однако акупрессура не является законной частью традиционной китайской медицины. Стимуляция специфических точек вызывает ослабление некоторых нарушений и идентифицируется с определенными органами. Многие китайские врачи добивались терапевтического эффекта с помощью этих методов в сочетании с лечением травами (даваемыми через рот, локально или внутрикожно) при целом ряде расстройств, включая психические заболевания. По данным ряда американских исследователей, акупунктура — эффективный способ лечения некоторых больных с депрессией или с привыканием к какому-либо веществу (например, никотину, кофеину, кокаину, героину). Хотя трудно адаптировать эти восточные подходы к европейскому мышлению, правда и то, что многие способы народной медицины имеют прочную биологическую основу.

Ортомолекулярная терапия

Мегавитаминная терапия представляет собой способ лечения большими дозами никотиновой кислоты, аскорбиновой кислоты, пиридоксина, фолиевой кислоты, витамина B_{12} и различных минералов. Специфическая диета и лечение гормонами иногда являются составной частью этого метода лечения. Сообщения об успешной терапии никотиновой кислотой (без соответствующих контрольных исследований) имеются и в отношении шизофрении, причем контрольные исследования не подтвердили этого. Несмотря на призывы использовать мегавитаминную и диетотерапию, эти виды лечения не получили большого распространения в психиатрии. Однако сбалансированная диета с разумным добавлением витаминов должна быть рекомендована каждому психически больному и врачу.

Гемодиализ

Из-за анекдотических сообщений об успешном лечении шизофрении гемодиализом было предпринято исследование влияния этого вида лечения с применением двойного слепого метода и плацебо. Это тщательно проведенное исследование, так же как и другие попытки воспроизвести первоначальные результаты, не обнаружило никаких положительных эффектов при проведении гемодиализа больным шизофренией.

ИСТОРИЧЕСКИЕ ВИДЫ ЛЕЧЕНИЯ

До внедрения психофармакологии существовало множество методов лечения. Хотя большинство из них никогда не проводилось в условиях контролируемого исследования, многие врачи отмечали, что лечение, действительно, было успешным. Однако поскольку большинство из этих методов было связано с неприятными, а иногда и опасными побочными эффектами, их практически вытеснила психофармакология.

Субкоматозная инсулинотерапия

Психиатры применяли введение небольших доз инсулина, чтобы вызвать легкую гипогликемию и в результате этого — седативный эффект. Из-за возможных при этом методе осложнений, а также в связи с появлением седативных средств этот метод был оставлен.

Коматозная терапия

Терапия инсулиновыми комами была введена в 1933 г. Manfred Sakel после того, как он отметил, что больные шизофренией, перенесшие кому, обнаруживали меньше тяжелых психических нарушений. Инсулин применяли для того, чтобы вызвать кому, продолжающуюся от 15 до 60 мин. Риск смерти, а также возникнове-

ние интеллектуальных расстройств привели к тому, что этот метод в США с появлением антипсихотических препаратов перестал использоваться.

Сульфат атропина был впервые введен в 1950 г. для того, чтобы вызвать кому у психически больных. Эта вызванная атропином кома продолжается 6—8 ч, а после пробуждения больные принимают теплый и холодный душ. В настоящее время атропиновая кома в США больше не применяется.

Терапия двуокисью углерода

Терапия двуокисью углерода была впервые использована в 1929 г. и включала вдыхание больным двуокиси углерода, в результате которого происходила эмоциональная разрядка с тяжелым двигательным возбуждением после снятия дыхательной маски. Этот вид терапии применялся в основном невротическим больным, и даже в те времена, когда он применялся, возникал вопрос об его эффективности. Сейчас в США этот метод не используется.

Терапия электросном

Терапия электросном заключается в применении слабого электрического тока через электроды, расположенные на голове. Больные обычно ощущают пощипывание в области расположения электродов, но сон возникает не всегда. Этот вид терапии применяется к широкому кругу больных с различными расстройствами; сообщения об эффективности разноречивы, но сейчас этот метод в США не используется.

Лечение длительным сном

Лечение длительным сном является симптоматическим методом лечения, при котором больному дают ряд препаратов для достижения седативного эффекта, который обусловливал сон в течение 20 ч в день; иногда у сильно ажитированных больных сон продолжался до 3 нед. Klaesi в 1922 г. ввел название этого метода и использовал барбитураты для того, чтобы достигнуть достаточно глубокого наркоза. Этот вид терапии в настоящее время в США не применяется.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

Brody H. The lie that heals: The ethics of giving placebos.—Ann. Int. Med., 1982, 97, 112. *Dysken M.W., Chang S.S., Casper R.C.* Berbiturate-facilitated interviewing.—Biol. Psychiatry, 1979, 14, 21. *Lewy A.J., Sack R. L.* Light therapy and psychiatry.—Proc. Soc. Exp. Biol. Med., 1986, 183, 11. *Lewy A.J., Sack R. L., Miller S.* Antidepressant and circadian phase-shifting effects of light.—Science, 1987, 235, 352. *Pflug B.* The effect of sleep deprivation on depressed patients.—Acta Psychiatr. Scand., 1986, 53, 148. *Rosenthal N. E., Sack D. A., Gillin J. C.* Seasonal affective disorder: A description of the syndrome and preliminary findings with light therapy.— Arch. Gen. Psych., 1984, 41, 72. *Sack D. A., Nurnberger J., Rosenthal N.E.* Rotentiation of antidepressant medications by phase advance of the sleep-wake cycle.— Am. J. Psychiatry, 1985, 142, 606.

Sweet W.H., Obrador S., Martin-Rodriguez J.G., editors: Neurosurgical Treatment in Pain and Epilepsy. University Park Press, Baltimore, 1975.

Tippin J., Henn F. A. Modified leukotomy in the treatment of intractable obsessional neurosis.—Am. J. Psychiatry, 1982, 139, 1601. *Wehr T.A., Wirz-Justice A., Goodwin F.K.* Phase advance of the circadian sleep-wake cycle as an antidepressant.— Science, 1979, 206, 710.

Глава 25

ДЕТСКАЯ ПСИХИАТРИЯ: ОБСЛЕДОВАНИЕ, МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ ТЕСТИРОВАНИЕ

ВВЕДЕНИЕ

Психиатрическое обследование детей проводится с целью ознакомления с их психическим состоянием и адаптивным поведенческим паттерном как при заболевании, так и в нормальных условиях, с использованием биопсихосоциальной парадигмы. Врач оценивает успехи в эмоциональном и когнитивном развитии, способность управлять своими чувствами, мыслями и желаниями, физическое развитие, а также социальный опыт и компетенцию.

В настоящее время имеется три группы методов для психиатрического исследования детей: 1) клинические беседы; 2) структурированные беседы с использованиями оценочных шкал и 3) стандартизированные тесты.

ИССЛЕДОВАНИЕ

Клиническая беседа и непосредственное наблюдение являются первыми шагами и начальными методами исследования больных детей и включают собирание истории болезни, исследование психического статуса и непосредственное клиническое наблюдение.

Сначала обычно беседуют с родителями, особенно если дети очень маленькие, поскольку такие дети не могут помнить и говорить о ключевых ощущениях в прошлом, которые могут иметь важное значение для исследования. Подросткам надо предложить выбрать, хотят ли они сначала сами побеседовать с врачом или присутствовать при беседе врача с родителями. Дети на ранних этапах развития часто умеют произносить звуки и слова. Но даже дети, способные говорить и общительные, иногда могут обманывать, приуменьшать или даже отрицать проблемы из-за чувства страха или вины. И в большинстве случаев, если детей заставлять, или если они смущаются, или связывают психиатрическое исследование с опасностью быть отвергнутыми или порицаемыми родителями, они пытаются вести себя как можно более нормально, обнаруживая минимальные нарушения или затруднения в общении.

Даже при наиболее благоприятных обстоятельствах с говоря-

щим ребенком, который хочет разговаривать, многие нужные сведения ребенок не может сообщать сам. Беседы с родителями и членами семьи могут не только добавить нужную информацию, но также помочь выяснить некоторые неясные вопросы по чрезвычайно важным пунктам основной проблемы. С каждым родителем следует беседовать в отдельности, для того, чтобы определить разницу в его или ее точке зрения на проблемы, возникшие у ребенка.

В целом анамнестические и формальные данные (например, возраст, пол, раса, юридический статус, информация об истории родов, особенностях развития и предшествующих заболеваниях) лучше всего собирать, задавая определенные вопросы, тогда как данные относительно ощущений и взаимоотношений лучше собирать с помощью незаконченных предложений и непрямых подходов. Родители часто вспоминают даты из жизни ребенка правильно, хотя они часто используют при этом разного рода сравнения (например, «Дэвид гораздо позже научился пользоваться туалетом, чем Сьюзен»). Для того чтобы получить точные даты, их надо проверить по многим объективным источникам (например, школьным и больничным записям, сверить с данными предыдущих тестов) и опросить как можно больше людей (например, мать, отца, братьев и сестер). При определенных обстоятельствах — при наличии у ребенка зависимости к лекарствам, заброшенности, отсутствии нормальных условий дома, физических или психических заболеваний или институционализации, информация, даваемая другими взрослыми, кроме родителей ребенка, важна для исследования и оценки состояния больного ребенка.

Кроме того, важно иметь полную педиатрическую и психиатрическую историю болезни. Эта история должна включать тщательное описание настоящего заболевания (как его видит сам ребенок и его или ее родители), личностную историю и историю развития, историю болезни и социальную историю. Ниже приводится схема проведения беседы с родителями, взятая из книги J. E. Simmons. Она включает изучение истории развития ребенка: что думают родители по поводу трудностей, возникших у ребенка (основные жалобы), нарушения и состояние адаптации к настоящему моменту, развитие в прошлом (физическое, социальное и психологическое, включая отношения со сверстниками и в школе), отношения ребенка с братьями и сестрами и с каждым родителем; семейные отношения между родителями; персональную историю жизни ребенка: родительская семья в прошлом и настоящем, школа и особенности речи, социальные интересы и деятельность, все физические или психологические неудачи, когда-либо имевшие место у любого из родителей; другие семейные проблемы: другие предыдущие браки, отношения с родственниками, соседями. Руководство к составлению истории болезни представлено в табл. 18.

Таблица 18. **Руководство к истории болезни**

Имя: Адрес: Имя отца: Профессия: Сиблинги:	Пол: Матери: Профессия: Пол: Возоаст:	Дата: Направлен: Дата рождения:

Сведения даны: Настоящие проблемы: Рождение и младенчество: Возраст родителей, в котором у них появился ребенок: Продолжительность брака к моменту рождения ребенка: Планировался ли ребенок? Проблемы зачатия: Как протекала беременность, насколько тяжело, и роды: Масса тела при рождении и неонатальная история: Кормление: Ежедневная забота о ребенке осуществлялась: Вехи развития (возраст): Сидение: Стояние: Ходьба: Первое слово, первое предложение, фраза: Обучение пользования туалетом: Время начала, способ и техника: Темперамент в младенчестве: Темперамент на более поздних стадиях: Здоровье: Операции: Детские болезни: Другие болезни: Несчастные случаи: Школьная история: Ясли: Детский сад: Первый класс: Настоящее время: Межличностные отношения: Дополнительные факторы, важные по значению: Дальнейшее появление проблем в поведении: Впечатления о родителях:

Беседа и наблюдение

Стратегия и ведение беседы должны быть гибкими и адаптированы к возрасту ребенка, его стадии развития и типу предъявляемых жалоб. Врач, однако, должен сделать все, чтобы обеспечить ребенку комфортные эмоциональные и физические условия, в которых облегчается общение, в том числе и словесное выражение ребенком своих жалоб и наблюдение за ним.

Клинические беседы с младенцами и очень маленькими детьми. Родители младенцев и маленьких детей должны присутствовать при обследовании ребенка, чтобы облегчить наблюдение за ним. Присутствие родителей требуется врачу также для того, чтобы исследователь мог наблюдать характер отношений родители — ребенок. Оценка заботы о ребенке особенно важна для суждения о состоянии ребенка. Надо собирать информацию относительно физического здоровья родителей, их самооценке, компетентности, гибкости и способности обеспечить ребенку

безопасность, воспитание и адекватную стимуляцию. Следует обратить свое внимание на то, как родители относятся к потребностям ребенка, насколько чутки к ним; на анализ темперамента ребенка, чтобы определить соответствие его родительскому; на способность родителей быстро реализовать срочные нужды ребенка и на степень поддержки, помощи и защиты, которую они могут ему оказать. Способность родителей обеспечить убежище от стимулов, чтобы предупредить перегрузку ребенка, также надо оценивать. Вслед за клинической беседой ведется наблюдение за детьми младше 18 мес в спонтанной игре. Дети от 18 мес до 3 лет могут играть в более сложные игры с использованием правил. Игра должна включать реалистические темы, поскольку у детей этого возраста еще нет способностей к абстракции и символизму. Более тщательной и подробной оценки требуют стандартизированные шкалы, характеризующие развитие и психологические тесты.

Клинические беседы с детьми школьного возраста. Для одной беседы с детьми школьного возраста обычно требуется минимум 45—60 мин. Комната, где проводится беседа, должна быть открыта и достаточно просторна, чтобы можно было проверить физическую активность, но не настолько большой, чтобы повлиять на близкий контакт с ребенком. В ней должны быть игрушки и вещи, подходящие для различных возрастов, полов и интересов. Надо, чтобы темы игры были достижимыми для ребенка, подобраны в таком количестве, чтобы не создать чрезмерной стимуляции ребенка, если этих тем слишком много, но и не подавить фантазий и интересов, если их мало.

Игры с правилами помогают исследователю сделать дальнейшие выводы относительно интрапсихической жизни ребенка, например, понять желание, страхи, импульсы, конфликты, защиту, аффекты ребенка и его способность соотнести их с подобными правилами со стороны других лиц. В начале беседы врач должен спросить ребенка, что он или она думает о том, почему пришлось позвать врача, и объяснить, как сам врач понимает это. Затем врач должен сообщить ребенку, о чем будет разговор. Следует воздержаться от записей во время беседы, так как это может не только вызвать торможение у ребенка, но и помешать врачу наблюдать за ребенком. Непродуктивно задавать ребенку вопросы с нажимом, похожим на допрос, так как это может затормозить и игру, и общение. Вопросы «с открытым концом» значительно эффективнее, чем наводящие вопросы, требующие однозначного ответа.

Клиническая беседа с подростками. Беседа с подростками требует даже больше открытости и внесения ясности, чем беседа со взрослыми. Врач может сказать подростку о том, что его родители посетили врача для обсуждения своей точки зрения на возникшую проблему, но что врач хочет услышать точку зрения самого подростка по поводу мнения родителей об этой проблеме. Врач должен проявить искренний интерес, дружественность и беспристрастие и уделить подростку полное внимание, не отвлекаясь. Если подросток ведет беседу от третьего лица, врач должен отвечать в той же манере, от третьего лица.

Многие подростки отказываются от беседы, иногда даже проявляют враждебность в течение нескольких первых встреч. Врач должен проявить терпение и не делать слишком поспешных заключений. Часто с помощью этого отказа проверяется, насколько можно верить врачу; иногда он является выражением защиты против тревоги или феноменом переноса. Не следует, однако, допускать, чтобы молчание надолго затягивалось, поскольку оно может спровоцировать игру кто сильней, кто дольше выдержит молчание. Такое же важное значение имеет умение проявить терпение в длительной беседе.

И наконец, врач должен спросить о таких тонких моментах, как суицидальные мысли, галлюцинации, применение наркотиков, сексуальные особенности. Это надо делать прямо, говорить как о само собой разумеющемся.

Пределы беседы. Вначале врач должен несколько органичивать беседу, чтобы избежать усиления тревоги и чувства вины, по поводу которых врач не может оказать ребенку немедленной помощи. Поэтому, деструктивное и слишком регрессивное поведение следует в начале беседы обуздать непосредственно, но терпеливо.

Конфиденциальность. Во время клинической беседы могут иметь место явления переноса и противопереноса, и врач должен быть к этому готов. Например,

агрессивность детей заставляет врача использовать защиту, дети с задержкой умственного развития часто не распознаются и им не предписывается адекватный уход; обезображенные дети (с уродством) часто внушают врачу отвращение.

Исследование психического статуса

Мнение о статусе составляется на основании того, во что и как ребенок играет. Схема составления психического статуса следующая: физический облик; разлука; манера общения; ориентировка во времени и в месте и собственной личности; функции центральной нервной системы; чтение и письмо; речь и язык; интеллект, память, качество речи и восприятия; фантазии и внутренние конфликты; аффекты; объективные связи; мотивы поведения; организация защиты; суждение и критика; самооценка; адаптивные способности; положительные черты.

Другим принципом, который полезно применить, это иметь в виду основные категории психопатологии, к которым можно отнести данный случай. К этим категориям относятся: задержка в развитии; органическое поражение мозга; расстройство мышления; тревожный и невротический конфликт; расстройство настроения; нарушения в сфере темперамента и личности (характера); психофизиологические расстройства; умственная ретардация; реакция на неблагоприятное окружение.

Имеющиеся нарушения и анамнез могут указать, на какие области следует обратить особое внимание. Врач должен решить, что он будет искать и в каком порядке и насколько подробно рассматривать эти особенности, решать вопрос об умственном возрасте и развитии младенца, ребенка или подростка.

Физический облик. Размер, рост, величина головы, физические признаки, наличие гематом, состояние упитанности, уровень тревоги, проявляющийся чрезмерной настороженностью и другими поведенческими признаками, способность удерживать внимание на определенный срок, походка, одежда и конфликты, отражающиеся в отношениях, поведении, одежде и манерах.

Разлука. Слишком легкое отношение к разлуке может указывать на поверхностные взаимосвязи с частыми расставаниями и депривацией материнской заботы. Затрудненная разлука может указывать на амбивалентность в отношениях родитель — ребенок..

Манера общения. Большинство детей сначала проявляют любопытство к беседе. Неразборчивое дружелюбие, поверхностность родственных связей могут указывать на депривацию и неправильное отношение родителей к ребенку. Аутичные дети смотрят сквозь людей или избегают смотреть в глаза.

Ориентировка во времени, месте и личности. Нарушения ориентировки во времени, месте и собственной личности являются признаками органического заболевания мозга, низкого интеллекта, тревоги или расстройства мышления.

Функции центральной нервной системы. Необходимо исследовать даже легкие нарушения в таких областях, как речь, грубая или тонкая двигательная координация, распознавание правой и левой стороны, снижение мышечного тонуса, косоглазие, нистагм, асимметрия мышечного тонуса рефлексов, латеральность, право- или леворукость, предпочитаемая нога, тремор, слежение глазами, гиперкинезия и общий уровень активности.

Чтение и письмо. Многие дети умеют читать и писать, но иногда делают ошибки в произношении или написании слова по буквам. В то же время многие нормальные первоклассники (6-летнего возраста) путают некоторые буквы. Врач должен искать признаки общего отставания в чтении. Со значительным уровнем задержки (на 2—2,5 лет ниже нормального) и специфического нарушения способности к чтению. Дети, у которых обнаруживаются нарушения чтения и письма, должны пройти дальнейшее исследование с помощью стандартизированных тестов.

Язык и речь. Дети, которые не выговаривают слов до 18 мес или предложений до 2,5—3 лет, но у которых имел место лепет и которые понимают, что им говорят, и могут применять и реагировать на невербальные ключи, скорее всего развиваются нормально. Однако, если отмечается задержка дальше указанного возраста или расстройства в этих и других формах общения, надо проводить дальнейшее исследование.

Интеллект. Судить об интеллекте ребенка можно на основании его словарного запаса, степени реагирования, понятливости и серьезности и способности к рисованию; подтверждение можно получить с помощью стандартизированных тестов на интеллект.

Память. В возрасте 8 лет нормальные дети могут сосчитать пять цифр в прямом порядке и два или три — в обратном порядке; в возрасте 10 лет они могут сосчитать шесть цифр в прямом порядке и четыре цифры в обратном. Если имеются небольшие отклонения, они могут означать просто тревогу. Но очень плохое выполнение по тестам на цифры может указывать на нарушения со стороны мозга (особенно левого полушария) или на умственную ретардацию.

Процессы мышления и восприятия. Основными клиническими измерениями являются: фактическое содержание мыслей, скорость мышления, легкость и поток. Отклонение в любом из этих измерений может быть таковым, что составляет расстройство мышления.

Галлюцинации в детстве почти всегда являются патологией и могут быть вторичными по отношению к лекарственной интоксикации, расстройствам в виде припадков, нарушениям обмена, инфекциям, недоразвитию, стрессу, тревоге, расстройству настроения и шизофрении.

Фантазии и вызванные ими конфликты. О фантазиях и конф-

ликтах, вытекающих из них, можно судить, прямо задав вопрос о снах ребенка, мечтах, рисунках или по спонтанной игре.

Аффекты. Врач должен наблюдать за такими аффектами, как тревога, депрессия, апатия, виновность и гнев. Суицидальный риск может быть частью тяжелого депрессивного расстройства. Когда есть основание думать о наличии суицидальных мыслей, действий, надо тщательно исследовать наличие или отсутствие в прошлом суицидального поведения, мотивации, выяснить, что ребенок чувствует и думает о смерти, природу депрессии, другие аффекты, а также отношения в семье и в ближайшем окружении. Полезным вспомогательным средством является специальный тест на детские суициды.

Объективные отношения. Врач должен обсудить, каковы связи ребенка с семьей, сверстниками и учителями.

Мотивы поведения. Мотивы поведения, особенно в сексуальной сфере и сфере агрессии, также надо исследовать.

Защитные системы. Организацию защиты можно изучать по наличию или отсутствию фобий, обсессивно-компульсивного поведения, отрицания и реактивной формации.

Суждение и критика. Для оценки способности ребенка к правильным суждениям и критике можно спросить его: что, по-его собственному мнению, вызвало нарушения; как ребенок относится к этим нарушениям, что, по мнению ребенка, может помочь и как может помочь врач.

Самооценка. Ребенок с низкой самооценкой часто говорит: «Я не могу этого сделать», «Я вообще ничего не могу».

Способность к адаптации. Ребенок может владеть многими способами, помогающими решать определенные проблемы.

Положительные особенности. Положительные особенности включают физическое здоровье, привлекательную внешность, нормальные рост и массу тела, нормальные зрения и слух, спокойный темперамент, нормальный интеллект, адекватные эмоции, без экстремальных колебаний, умение определить свои чувства и мечты, способность управлять речью и вербализовать свои мысли и чувства, а также хорошие академические и социальные успехи в школе.

ДИАГНОЗ И КЛАССИФИКАЦИЯ

В классификации DSM-III-R в категорию расстройств, обычно впервые проявляющихся в младенчестве или детстве, включены все психические расстройства детского и подросткового периода. Комитет детской психиатрии группы обеспечения прогресса в психиатрии (ГПП) предложил диагностическую классификацию, которая подразделяет расстройства детского и подросткового периода на 10 основных диагностических категорий: 1) внешне

здоровые; 2) реактивные нарушения; 3) отклонения в развитии; 4) психоневротические расстройства; 5) расстройства личности; 6) психотические расстройства; 7) психосоматические расстройства; 8) органическое поражение мозга; 9) умственная ретардация; 10) другие расстройства. Эта классификация основывается на разработках Группы для обеспечения прогресса в психиатрии. Это первая классификация, включающая внешне здоровых в диагностическую категорию; цель — обратить внимания на признаки, над которыми надо задуматься, когда еще не нарушена адаптация и нет указаний на нарушение способности к умственному росту. Первые шесть категорий, расположенные в более или менее восходящем порядке по тяжести нарушений прежде всего всей личности в целом, соотносятся как можно более тесно с точкой зрения на подлежащие расстройства. Напротив, следующие три категории отражают конечный орган или орган системных реакций, даже несмотря на то, что личность ребенка с этим расстройством, как правило, бывает значительно изменена.

Система классификации Анны Фрейд подразделяет психические расстройства у детей на две основные группы: симптомы и другие специфические нарушения и причина, заставившая обратиться к детскому психиатру.

Симптомы: симптомы, связанные с отсутствием начального дифференцирования между соматическими и психологическими процессами, психосоматика; симптомы, являющиеся результатом компромисса отношения ид и эго — невротические симптомы; симптомы, развивающиеся в результате прорыва производных ид в эго — психотические симптомы или правонарушения при полном прорыве, пограничные симптомы при частичном прорыве; симптомы, возникающие в результате изменений в системе либидо или направлениях катексиса — симптомы некоторых личностных расстройств и ипохондрия; симптомы, наступающие в результате изменений в качестве и направлении агрессии—тормозные и деструктивные симптомы; симптомы, являющиеся результатом незащищенной регрессии — инфантильные симптомы; симптомы, возникающие в результате органических заболеваний.

Другие нарушения и другие причины, побудившие обратиться к детскому психиатру: страхи и тревога; задержка и отсутствие прогресса в развитии; отсутствие успехов в школе; плохая социальная адаптация, недомогания и боли.

Она более узко определила симптомы, чем система ГПП. Для Анны Фрейд симптомы являются проявлениями расстройства только тогда, когда они являются результатом нарушения какой-либо существенной стадии психического развития в нормальный период. Она определила симптомы в терминах специфической стадии, на которой имели место нарушения и на которой произошли изменения развития ребенка в сторону патологии.

ТЕСТИРОВАНИЕ СФЕРЫ РАЗВИТИЯ И ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ СФЕРЫ

Психологическое тестирование не всегда нужно для эффективного исследования. Однако оно важно для определения состояния развития младенца или ребенка, его уровня интеллекта, обнаружения внутренних факторов, которые иначе скрыты из-за защиты и торможения при общении. Психологическое тестирование особенно показано, когда встанет вопрос о наличии нарушений чтения, психической ретардации, поражения мозга, тяжелых нарушений мышления, поведенческих проблем, связанных с личностным расстройством.

Тесты на интеллект

Тестирование детей раннего и дошкольного возраста. Тесты, применяемые для детей, делятся на: 1) предназначенные для детей от 18 до 24 мес и 2) в возрасте от 24 до 60 мес. В тестах для детей раннего возраста речь врача почти не помогает или помогает очень мало, когда даются инструкции, хотя собственная речь ребенка обеспечивает важные данные относительно его развития. Большинство тестов для маленьких детей включает наблюдение о характере сенсомоторного развития ребенка, особенно на первом году жизни, и дает некоторые дополнительные данные о его социальных и языковых возможностях. С другой стороны, дети дошкольного возраста могут активно участвовать в тесте, так как самостоятельно ходят, умеют сидеть за столом, манипулировать предметами, входящими в тест, и способны вербализировать свои действия.

Шкалы развития Гезелла (Gesell Development Schedules) применимы к возрастным категориям от 8 нед до $3^1/_2$ лет. Данные получают путем прямого наблюдения за реакциями ребенка на стандартные игрушки и другие контролируемые стимулы и дополняют информацией о развитии, даваемой матерью или лицом, осуществляющим непосредственно уход за ребенком. Шкалы включают показатели, указывающие уровень развития ребенка в различных областях: моторной, адаптивной, языковой и также личностной и социальной.

Более направленная на тесты детская шкала Кэттела (Cattell Infant Scale) для определения интеллекта применима детям от 2 до 30 мес. Эта шкала представляет собой расширение теста Стэнфорда — Бине (Stanford—Binet Test) для детей более младших и включает также некоторые пункты из шкалы Гезелла.

Тестирование детей школьного возраста. Тесты на интеллект для детей школьного возраста прежде всего предназначены для измерения тех способностей, которые существенны для академической успеваемости. Их можно с большей точностью определить как тесты «scholastic aptitude».

В США наиболее ранним тестом на интеллект был тест Стэнфорда—Бине, адаптированный вариант оригинальных шкал Бине—Симона. Тест Стэнфорда—Бине в основном связан с вербальным выполнением задания и может применяться к возрастным диапазонам от 2 лет до взрослого периода. Он определяет как умственный возраст, так и коэффициент интеллекта (IQ). В более раннем возрасте используются предметы, картины и рисунки, печатные, вербальные и цифровые материалы используются для более старшего возраста.

Другим индивидуальным тестом на интеллект, который в настоящее время, по-видимому, наиболее широко распространен для детей 6—17 лет, является Шкала интеллекта Векслера для детей. Шкала имеет подвиды для определения вербального и невербального выполнения, а также полный набор показателей IQ.

Как Стэнфорд—Бине, так и шкала интеллекта требуют высококвалифицированных специалистов для индивидуальной оценки каждого субъекта. Групповые тесты предназначены для массового тестирования. Для большинства групповых

тестов требуется один исследователь для анализа большой группы за один сеанс; эти показатели относительно легко получить и подсчитать.

Они в основном обеспечивают скрининг и дают грубые показатели уровня интеллекта, иногда они применяются, если нет возможности применить более мощные индивидуальные тесты.

Длительная стабильность и интеллект. У большинства детей IQ остается устойчивым на протяжении периодов развития. Теоретически, если все биологические, социальные и психологические данные ребенка остаются стабильными, его IQ также будет стабильным. Однако показатели тестов у маленьких детей ненадежны в отношении прогноза будущего интеллекта в более старшем детском и подростковом возрастах. Тесты у младенцев имеют значение только для раннего определения отклонений в развитии, включая умственную ретардацию и другие нарушения развития наследственного характера, или отклонений, обусловленных включением внешних неблагоприятных факторов. Тесты для младенцев в основном настроены на определение сенсомоторных функций, которые не имеют большого значения для дальнейшего развития вербальных, социальных и других абстрактных функций, из которых в дальнейшем будет состоять интеллект.

В действительности, показатели IQ в какой-то степени флуктуируют. Большие сдвиги в IQ обычно связаны с мотивацией ребенка, эмоциональной независимостью, культурными особенностями и эмоциональным климатом дома. Показатели IQ у детей, находящихся в неблагоприятном социоэкономическом окружении, обнаруживают тенденцию с возрастом снижаться; в благоприятном — повышаться.

Тесты на способности. Так как большинство тестов на интеллект концентрируется на более абстрактных вербальных и арифметических способностях, имеется необходимость в тестах, измеряющих более конкретные и практические виды интеллектуальной деятельности. Способности к механическим заданиям были среди первых специальных тестов для этих целей. Затем последовали тесты измерения перцептивной скорости и точности и музыкальных и артистических способностей.

Комплексы тестов на множественные способности обеспечивают профиль показателей по раздельным тестам. Примером является дифференциальный тест на способности (ДТС), который дает показатели по восьми способностям: вербальное обусловливание, арифметические способности, абстрактное мышление, скорость и точность при выполнении конторских заданий, умение выполнять механические работы, пространственное представление, произнесение или правильное написание слов по буквам и грамматике. Эти комплексы особенно целесообразны для исследования способностей старших детей и подростков.

Тесты на образованность

Тесты на готовность. Тесты на готовность предназначены для оценки способности ребенка к работе в школе. Значение проделанной заранее работы огромно, поскольку наложение простых знаний вооружает для ознакомления с более сложными концепциями в любом возрасте.

Специальный акцент делается на тех способностях, которые наиболее важны для обучения чтению; некоторое внимание уделяется также предварительному умению, арифметическому мышлению и сенсомоторному контролю, необходимому для того, чтобы научиться писать. Среди функций, подлежащих анализу, зрительная и слуховая дискриминация, моторный контроль, понимание речи, запас слов, понятие о количестве, а также общая информированность. Хорошим тестом считается тест на готовность.

Тесты на отсутствие определенных способностей. Тесты на чтение обычно классифицируются как обзорные и диагностические. Обзорные тесты указывают на общий уровень достижений ребенка в области чтения. Эти тесты в основном выявляют детей, нуждающихся в дополнительном обучении. Диагностические тесты предназначены для анализа выполнения задания ребенком и распознавания специфических источников трудностей.

Эти тесты дают много показателей и включают подробный перечень ошибок. Информация относительно возможных эмоциональных затруднений и полная история болезни также желательны.

Комплексы тестов по успехам в учебе. Эти тесты измеряют эффекты источников изучения. Многие тесты на успехи, оценивающие достижения в относительно широких областях образования, касаются всех предметов. Выдающимся примером является Тест Последовательного Прогресса в Образовании (ТППО). Эти тесты имеют несколько уровней, простирающихся от четвертого класса элементарной школы до студентов второкурсников и далее. На каждом уровне имеется семь тестов: тесты множественного выбора в чтении, письме, математике, науке, социальных исследованиях, прослушивании и написании сочинения. Основной акцент делается на применении выученных навыков в решении новых проблем.

Тесты на творческие способности. Все возрастающее признание мнения, что способности к творческой работе не являются синонимом интеллекта, измеряемого традиционными тестами на интеллект, приводит к необходимости поиска и разработки специальных тестов на творческие способности. Эти тесты включают различные аспекты изучения быстроты схватывания, гибкости и оригинальности. Примером эффективного теста для маленьких детей является тест на совершенствование, когда ребенку дается пожарный грузовик или игрушечная собака и его просят так преобразовать каждую игрушку, чтобы было интереснее играть с ней.

Личностные тесты

По сравнению с тестами на способности, личностные тесты немного менее удовлетворяют в отношении нормы, надежности и валидности. Любая информация, полученная на основании личностных тестов, должна быть верифицирована и дополнена другими источниками, такими, как беседа с ребенком и его близкими, прямое наблюдение за поведением и история болезни.

Вопросники, заполняемые на основании самоотчета. Эти вопросники включают серию вопросов относительно эмоциональных проблем, переживаний, интересов, мотивов, ценностей и межличностных характеристик. Некоторые вопросники, предназначенные для детей и подростков, в основном посвящены личностным проблемам. Вопросы относятся непосредственно к информации, которую исследователь хочет получать относительно чувств ребенка и его действий. Отчетливым примером этого подхода является Проблемный Лист Муни. Области исследования охватывают младшие курсы высшей школы и включают здоровье и физическое развитие, школу, дом и семью, деньги, работу и будущее, отношения девочки—мальчики, связь с людьми в целом, а также понятие о самих себе. Личностные опросники наиболее полезны для массового обследования и отбора детей, нуждающихся в дальнейшем анализе.

Прожективные методы. В прожективных методиках дается задание, которое можно выполнить разными путями. Тестовые стимулы обычно слабые и двусмысленные, а инструкция краткая и общая. Эти методы основаны на гипотезе, что способ восприятия субъектом тестового материала отражает основные характеристики его или ее личности. Тестовые стимулы, таким образом, служат экраном, на который субъект проецирует его или ее собственные идеи.

Одной из наиболее распространенных прожективных методик является тест Роршаха, в котором испытуемому показывают набор билатерально симметричных чернильных пятен и спрашивают, что он или она видит или что означает пятно. Нормативы по Роршаху разработаны для детей в возрасте от 2 до 10 лет и для подростков в возрасте 10—17 лет.

Несколько более структурирован Детский Аперцептивный Тест (ДАТ), адаптированный с Тематического Аперцептивного Теста (ТАТ). В ДАТ картинки животных заменяют людей, так как дети более отзываются на животных. Картинки направлены на то, чтобы пробудить фантазию в отношении питания и других видов оральной активности, соперничества сиблингов, агрессии, обучение пользования туалетом и других детских проблем. Другим примером являются картинки

Блэки — ряд картинок, изображающих маленькую собаку, ее родителей и сиблин-га. На основе психоаналитической теории психосексуального развития картинки воспроизводят картины, связанные с разными психосексуальными конфликтами. Еще одним типом картиночного теста является тест Розенцвейга на фрустрацию. На этой серии картинок один персонаж вызывает фрустрацию у другого. На свободном месте ребенок пишет, что можно ответить в состоянии фрустрации.

Рисунки, игрушки и различные игры представляют собой предметы, относящиеся к другому виду прожективных методик. Используются также куклы, марионетки, миниатюры, различные объекты. Предметы обычно подбираются по своим ассоциативным связям и часто включают кукол, представляющих взрослых и детей, ванную и кухню и другие принадлежности дома. Ожидается, что игра в такой ситуации выявляет отношение ребенка к своей семье, соперничество сиблингов, страхи, агрессию и конфликты. Они особенно полезны для выявления нарушений сексуальной сферы ребенка.

При оценке как стандартизированные тесты, так и большинство прожективных методик дает немного, поэтому их следует рассматривать не как тесты, а как вспомогательные методы при клинической беседе.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

Andersen J. C, Williams S., McGee R., Silva P. A. DSM-III Disorders in Preadolescent Children.—Arch. Gen. Psych., 1987, 44, 69.

Benton A.L., Hamsher K. de S., Varney N.R., Spreen O. Contributions to Neuropsychological Assessment: A Clinical Manual. Oxford Universi ty Press, New York, 1983.

Call J. D. Toward a nosology of psychiatric disorders in infancy.— In: Frontiers of Infant Psychiatry/Eds. J.D. Call, E. Galenson, R. L. Tyson, p. 117, Basic Books, New York, 1983.

Chess S. An Introduction to Child Psychiatry, ed. 2. Grune an Stratton, New York, 1969.

Gittelman R. The role of psychological tests for differential diagnosis in child psychiatry.—J. Am. Acad. Child. Psychiatry, 1980. 19, 413.

Hillard J.R., Slomowitz M., Levi L.S. A retrospective study of adolescents, visits to a general hospital psychiatric emergency service.— Am. J. Psych., 1987, 144, 432.

Kashani J. H., Beck N. C., Hoeper E. W. et al. Psychiatric disorders in a community sample of adolescents.—Am. J. Psych., 1987, 144, 584. .

Kashani J.H., Carlson G. Seriously depressed preschoolers.— Am. J. Psych., 1987, 144, 348.

Kauffman A.S., Kaufman N. L. Kaufman Assessment Battery for Children: Interpretive Manual. American Guidance Service, Circle Pines, MN 1983.

Kazdin A. E. Assessment Techniques for childhood depression: A critical appraisal.— J. Am. Acad. Child. Psychiatry, 1981, 20, 358.

Ollendick T.H., Heresen M., editors Handbook of Child Psychopathology. Plenum, New York., 1983.

Puig-Antich J., Chambers W. J., Tabrizi M. A. The clinical assessment of current depressive episodes in children and adolescents: Interviews with parents and children.— In: Affective Disorders in Childhood and Adolescence — An Update/Eds. D. P. Cant-well, G.A. Carlson, p. 157. S.P. Medical and Scientific Books, New Yok, 1983.

Puig-Antich J., Perel J. M., Lupatkin W. et al. Impramine in prepubertal major depressive disorders.—Arch. Gen. Psych., 1987, 44, 81.

Sattler J. M. Assessment of Children's Intelligence, ed. 2. Saunders, Philadelphia, 1982.

Simmons J. E. Psychiatric Examinations of Children, ed. 2. Lea and Febiger, Philadelphia, 1974.

Глава 26

УМСТВЕННАЯ ОТСТАЛОСТЬ

ОПРЕДЕЛЕНИЕ

Умственная отсталость (ретардация) является поведенческим синдромом, не имеющим единой этиологии, механизма, динамики или прогноза. Это определение умственной ретардации проходит через годы и все еще находится в процессе усовершенствования. Оно отражает точки зрения и установки общества по отношению к умственной отсталости, а также методы диагностики и состояние медицинской науки.

Имеются два основных концептуальных подхода к определению умственной ретардации: биомедицинская и социокультурная и адаптационная модели. Приверженцы биомедицинской модели, особенно в Соединенных Штатах, утверждают, что для постановки диагноза умственной ретардации .существенно наличие серьезных изменений в мозге. Напротив, сторонники социокультурной и адаптационной модели подчеркивают важность социальной функции и общей способности адаптироваться к принятым нормам.

В табл. 19 приведены все нарушения, наблюдающиеся в младенчестве и дошкольных годах, трудности в обучении в школьном возрасте и плохая социально-профессиональная адаптация во взрослом периоде жизни. В эту таблицу включены критерии как DSM-III-R, так и Американской Ассоциации Умственных Дефектов (ААУД). По определению 1983 г., данному в ААУД, умственная ретардация характеризует уровень интеллектуального развития, значительно сниженный по сравнению со средним, что является результатом или связано с сопутствующими нарушениями адаптивного поведения и проявляется в течение периода развития. Определение ААУД практически идентично определению DSM-III-R, которое описывает существенные особенности психической ретардации следующим образом: 1) значимое снижение общего уровня интеллектуального развития, сопровождающееся 2) значительным дефицитом или нарушениями адаптивных функций, 3) при появлении отмеченных изменений в возрасте до 18 лет. Ниже приводятся диагностические критерии умственной ретардации для DSM-III-R:

А. Общее интеллектуальное развитие значительно ниже среднего: IQ равен 70 или менее по индивидуально предъявляемому

Таблица 19. Характеристики развития умственно отсталых (в таблицу включен хронологический возраст, степень ретардации, уровень интеллектуального, речевого и социального функционирования)

Степень умственной ретардации	Зрелость и развитие в дошкольном возрасте (0—5)	Школьный возраст (6—20). Обучение и образование	Взрослый период (21 год и старше). Адекватность социальной и речевой сфер
Глубокая	Сильная ретардация; минимальная способность к функционированию в сенсомоторной сфере; потребность в уходе няни; необходимость постоянной помощи и наблюдения	Имеется некоторая двигательная активность; может отвечать на некоторые попытки обучить его или ее уходу за собой	Некоторое развитие двигательной сферы и речи; может очень ограниченно обучиться некоторым навыкам ухода за собой; требуется няня
Тяжелая	Плохое двигательное развитие; речь минимальна; обычно не может обучиться уходу за собой; мало или отсутствуют возможности для обучения навыкам общения	Может говорить или обучиться общаться; можно обучить элементарным навыкам гигиены; не удается обучить разговаривать	Может частично обучиться уходу за собой под тщательным контролем; можно обучить простейшим правилам самозащиты в условиях контроля
Умеренная	Может говорить и выучиться общаться; плохо ориентируется в социальном плане; неплохое двигательное развитие; можно обучить навыкам ухода за собой; можно ограничиться умеренной помощью и контролем	Может обучиться социальным и профессиональным навыкам; редко развивается выше уровня 2-го класса в обучении; может научиться самостоятельно передвигаться по знакомым местам	Может самостоятельно зарабатывать на неквалифицированной или полуквалифицированной работе в надлежащих условиях; нуждается в защите и помощи при малейшем стрессе
Легкая	Могут иметь место социальные навыки и способность к общению; минимальная ретардация в сенсомоторных областях; часто не отличается от нормы в более старшем возрасте	Может достигнуть определенных успехов в обучении, до уровня 6-го класса, которого достигает в позднем подростковом возрасте; можно достигнуть успеха в обучении адекватному социальному поведению	Обычно может достигать адекватных социальных и речевых навыков, необходимых для минимального самообслуживания, но нуждается в руководстве и помощи в условиях социального и экономического стресса

тесту IQ (для детей констатируется клинически значительное снижение интеллектуального развития, поскольку тесты с цифровым выражением этого показателя отсутствуют).

Б. Сопутствующие нарушение или дефицит адаптивной функции ребенка, т. е. отсутствие приспособляемости, ожидаемой в его возрасте и в данной культурной группе в таких сферах, как профессиональная деятельность и ответственность, коммуникативность, исполнение ежедневных обязанностей, личная независимость и самоудовлетворение.

В. Начало нарушений в возрасте до 18 лет.

Диагноз ставят независимо от того, имеет ли место сопутствующее физическое или другое психическое заболевание. «Общее состояние интеллекта» определяется стандартными тестами на интеллект, а термин «значимо ниже среднего» определяется как IQ, приблизительно равное 70 или менее или на два стандартных отклонения ниже среднего для определенного теста.

ТЕРМИНОЛОГИЯ

Термин «умственная отсталость» часто используется как эквивалент термина «умственный дефицит». Всемирная Организация Здравоохранения (ВОЗ) рекомендовала термин «психическая субнормальность», который включает две раздельные категории: умственную отсталость и умственный дефицит. Умственная отсталость, согласно нозологии ВОЗ, используется для диагностики субнормальности функции, вторичной по отношению-к вызвавшей ее причине, тогда как умственный дефицит является легальным термином, применяемом к субъектам с IQ ниже 70.

Термин «слабоумие» часто использовался в прошлом, особенно в американской литературе, и все еще используется в Великобритании для обозначения легких форм умственной отсталости. «Олигофрения» обычно применяется в СССР, Скандинавии и других странах Западной Европы. Термин «аменция» больше не встречается в современной психиатрии, за исключением отдельных случаев, когда речь идет о терминальном состоянии дегенеративного процесса.

КЛАССИФИКАЦИЯ

Степень или уровень умственной отсталости выражаются в различных терминах. DSM-III-R содержит четыре подтипа умственной отсталости, отражающие степень интеллектуальных нарушений: легкая умственная отсталость, умеренно выраженная умственная отсталость, значительно выраженная умственная отсталость и глобальная умственная отсталость. Степени умственной отсталости указаны в табл. 20 (по градациям IQ).

Кроме того, в DSM-III-R перечисляются «неспецифические ви-

Таблица 20. Тяжесть умственной ретардации по шкале IQ

Тяжесть умственной ретардации	Диапазон IQ	Процент лиц с умственной ретардацией среди населения
Легкая	50—55 до приблизительно 70	85
Умеренная	30-40 до 50—55	10
Тяжелая	20—25 до 35^0	
Глубокая	Ниже 20 или 25	j ___________ 2

ды умственной отсталости» как подтип, предназначенный для тех лиц, у которых имеется сильное подозрение на умственную отсталость, но которых нельзя протестировать с помощью стандартных тестов на интеллект, у имеющих значительные нарушения или некоммуникабельных. Этот подтип может быть применен к младенцам, у которых клинически определяется уровень интеллекта, значительно сниженный по сравнению со средним, но для которых нельзя вычислить нарушения в цифровом виде, поскольку количественные тесты отсутствуют (например, Бейли, Кэттэл). Этот подтип не должен применяться, если предполагаемая величина умственного коэффициента выше 70.

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ

Наличие умственной отсталости в данный момент времени среди всего населения равно приблизительно 1%. Подсчитать это число точно очень трудно, так как невозможно установить, когда у данного лица было диагностировано наличие умственной отсталости. Во многих случаях отсталость может протекать «латентно» в течение длительного времени перед тем, как она будет распознана, либо из-за хорошей адаптации, либо предыдущий диагноз не будет подтвержден в какой-то момент жизни больного. Наиболее часто этот диагноз ставят детям школьного возраста, причем максимум приходитсяна возраст 10—14 лет. Умственная отсталость встречается более часто (приблизительно в *V/*$_2$ раза) у мужчин по сравнению с женщинами.

ЭТИОЛОГИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ И СИНДРОМЫ

На современном уровне развития науки установлено, что приблизительно 25% случаев умственной отсталости обусловлено биологическими отклонениями. Хромосомные и метаболические расстройства, такие, как болезнь Дауна и фенилкетонурия, являются наиболее часто встречающимися расстройствами, относящимися к умственной отсталости. Умственная отсталость, связанная с этими расстройствами, обычно диагностируется при рождении

или в относительно раннем детском возрасте, а тяжесть ее колеблется от умеренной до глубокой.

В остальных 75% случаев никаких биологических причин выявить не удается. Уровень интеллектуальных нарушений в этих случаях более легкий; значения IQ колеблются в диапазоне от 50 до 70. Диагноз легкой умственной отсталости обычно не ставится до того, как ребенок пойдет в школу. В случаях наличия легкой умственной отсталости это нарушение обычно имеет место и у родителей, и у сиблингов.

Значительное доминирование случаев легкой умственной отсталости отмечается среди низших социально-экономических слоев общества, причем причина этого неясна. Однако можно отметить, что психосоциальная депривация, такая, как депривация в сферах социальной, лингвистической и интеллектуальной стимуляции, вносит свой вклад в умственную отсталость, хотя биологическая этиология этого неизвестна. На современном уровне знаний можно предположить, что имеет место три вида этиологических факторов, либо по отдельности, либо в комбинации друг с другом: генетические факторы, факторы окружающей среды (например, неполноценное питание) и переживания раннего детского возраста.

ПРЕНАТАЛЬНЫЕ ФАКТОРЫ

Важным условием правильного развития эмбриона является физическое и психологическое здоровье матери во время беременности и в период кормления ребенка грудью. Хронические заболевания и патологические состояния матери влияют на нормальное развитие плода, его нервную систему; к этим состояниям относят нелеченый диабет, анемию, эмфизему, гипертонию и хроническое применение алкоголя и наркотиков. Перенесенные матерью инфекции во время беременности, особенно вирусные инфекции, могут вызвать повреждения у плода и умственную отсталость. Степень нарушений зависит от таких переменных, как внутриутробный возраст плода и тяжесть заболевания. Хотя отмечено патологическое влияние множества инфекций на центральную нервную систему плода, три вида инфекций особенно четко коррелируют с высоким риском умственной отсталости: коревая краснуха, цитомегалическая инклюзионная болезнь и сифилис.

Коревая краснуха

Коревая краснуха вытеснила сифилис с первого места, которое он занимал как основная причина врожденных нарушений и умственной отсталости, связанной с инфекциями, перенесенными матерью. Дети пораженных этой инфекцией матерей могут обнаруживать целый ряд аномалий, включая врожденные заболевания сердца, катаракты, глухоту, микроцефалии и микрофтальм. Критическим фактором является период времени, поскольку протяженность и частота осложнений имеют обратную корреляцию со сроком беременности на момент заболевания матери. Когда мать переносит инфекцию в первый триместр беременности, от 10 до 15% детей рождаются с нарушениями, но частота нарушений резко возрастает— почти до 50%, когда инфекция развивается в первый месяц беременности. Ситуация часто осложняется субклиническими формами инфекции, которые часто протекают нераспознанными. Коревую краснуху у матери можно предупредить иммунизацией.

Цитомегалическая инклюзионная болезнь

Во многих случаях цитомегалическая инклюзионная болезнь протекает у матери скрыто. Среди детей оказываются мертворожденные, а у живых имеют место желтуха, микроцефалия и гепатоспленомегалия, а радиографически обнаруживается интрацеребральный кальциноз, микроцефалия или гидроцефалия. Диагноз подтверждается позитивной реакцией при выращивании вируса из материала, взятого из глотки или мочи, а также регенерацией инклюзионных клеток в моче.

Сифилис

Сифилис у беременных женщин считался основной причиной различных невропатологических нарушений у их потомства, в том числе и умственной отсталости. В настоящее время частота осложнений, обусловленная сифилисом, колеблется вместе с частотой заболеваемости сифилисом у населения в целом. Последние исследования показали, что во многих городах США положение еще далеко не обнадеживающее .

Другие заболевания

Другой распознанной причиной заболевания плода является токсоплазмоз, передаваемый плоду от матери. Это довольно редкое состояние, которое, однако, часто оканчивается рождением ребенка с умственной неполноценностью или другими нарушениями со стороны мозга. Имеются данные о повреждении плода также в связи с имеющимся у матери гепатитом.

В настоящее время серьезные опасения для здоровья населения вызывает СПИД, и сейчас проводятся интенсивные исследования относительно того, как он влияет на развитие плода и новорожденного. Беременность женщины, страдающей СПИДом, оканчивается смертью плода, мертворожденностью, спонтанным выкидышем или смертью младенца в течение первых нескольких лет жизни. Поскольку известно, что вирус оказывает непосредственное поражающее действие на мозг, предполагается, что у детей, рожденных от таких матерей, могут иметь место различные виды поражения мозга с разной степенью умственной отсталости.

Роль таких материнских инфекций во время беременности, как грипп, острые респираторные заболевания, вызванные вирусом, пневмония и инфекции мочевых путей, в обусловливании умственной неполноценности исследуется, и пока еще нет однозначных результатов.

Осложнения беременности

Токсикоз беременности и нелеченый диабет у матери представляют опасность для плода и результатом их иногда является умственная отсталость. Влагалищные кровотечения, преждевременная отслойка плаценты и выпадение пуповины могут повредить мозг плода, так как вызывают аноксию.

Относительно потенциального тератогенного эффекта фармакологических веществ, вводимых во время беременности, было много сказано в связи с талидомидовой *{thalidomide)* трагедией (вещество, которое вызывало высокий процент рождения уродов, когда его давали беременным женщинам). До настоящего времени, за исключением метаболитов, применяемых для лечения раковых заболеваний, никакие другие известные вещества не вызывают повреждения центральной нервной системы плода, но тем не менее показана осторожность и ограничение препаратов, назначаемых беременным женщинам. Применение лития и чрезмерное употребление алкоголя во время беременности, как указывают недавно полученные данные, в некоторых случаях сопровождаются нарушениями, возникающими у новорожденного, особенно сердечно-сосудистой системы.

ХРОМОСОМНАЯ ПАТОЛОГИЯ

Патология аутосомных хромосом также связывается с умственной отсталостью, хотя нарушения в половых хромосомах не всегда обусловливают умственную отсталость (например, синдром Турнера с XO и синдром Клайнфельтера с вариациями в XXY, XXXY или XXYY). Некоторые дети с синдромом Турнера имеют нормальный или повышенный интеллект.

Синдром Дауна

Синдром Дауна был впервые описан английским врачом Лангдоном Дауном (Langdon Down) в 1866 г. и основывался на физических характеристиках, связанных с субнормальным умственным развитием. С тех пор синдром Дауна остается наиболее полно изученным и часто обсуждаемым синдромом умственной отсталости. Детей с этим синдромом ранее называли монголоидами на основании их физических особенностей — косых глаз, эпикантальной складки и плоского носа.

Несмотря на то что за последние 100 лет появилось огромное множество теорий и гипотез, причина синдрома Дауна остается неизвестной. Общепринятым является мнение о нескольких факторах, которые могут вызвать это заболевание и которые связаны с нарушением в хромосомах; это — поздний возраст матери, возможно, более старший возраст отца и влияние радиации. Проблемы причинности еще более осложнились после недавно сделанного открытия отклонения от нормы хромосом трех типов при синдроме Дауна:

1. Больные с трисомией 21 (3 из хромосом 21, вместо обычных 2) представляют абсолютное большинство; у них имеется 47 хромосом, с одной лишней хромосомой 21. Материнский кариотип нормальный. Нерасхождение во время миоза, появляющееся по неизвестной причине, сейчас рассматривают как связанное с этим нарушением. 2. Нерасхождение, наблюдающееся каждый раз после оплодотворения в каждом клеточном делении, это состояние, при котором в различных тканях обнаруживаются как нормальные, так и трисомические клетки. 3. При транслокации имеет место слияние 2 хромосом, в основном 21 и 15, в результате которого появляется всего 46 хромосом, несмотря на наличие экстрахромосомы 21. Это нарушение в отличие от трисомии 21, обычно врожденное, и транслокационная хромосома может обнаруживаться у здоровых родителей и сиблингов. Эти носители, не обнаруживающие никаких патологических проявлений, имеют только 45 хромосом.

Частота синдрома Дауна в США составляет приблизительно 1 на каждые 700 рождений. В своей оригинальной работе Даун отмечал, что частота данного заболевания составляет 10% среди всех больных с умственной отсталостью. Представляет интерес, что сегодня около 10% больных с синдромом Дауна находятся в больницах для умственно отсталых. Для матери средних лет (более 32 лет) риск иметь ребенка с синдромом Дауна составляет приблизительно 1 на 100, если имеется только трисомия, но риск увеличивается до 1:3, когда происходит транслокация. Эти факторы представляют особенный интерес для генетических консультаций.

Амниоцентез, при котором околоплодные воды изливаются из полости плодного пузыря трансабдоминально между 14-й и 16-й неделями беременности, оказывается полезным критерием для постановки диагноза аномалии у младенца, особенно синдрома Дауна. Клетки околоплодных вод, в основном зародышевые по своему происхождению, выращиваются для цитогенетических и биохимических исследований. Множество расстройств наследственного характера можно прогнозировать с помощью этого метода, а единственным методом предупреждения рождения больного ребенка является терапевтическое прерывание беременности. Предпочтительно, чтобы амниоцентез происходил у всех беременных женщин старше 35 лет. К счастью, большинство хромосомных аномалий в семье встречается лишь один раз.

Умственная отсталость—основная особенность синдрома Дауна. Большинство больных относятся к группам с умеренной или тяжелой умственной отсталостью,

причем только меньшинство имеет IQ менее 50. Умственное развитие как будто бы происходит нормально с рождения до 6 мес. Показатели IQ постепенно снижаются от приблизительно нормальных в возрасте 1 года до примерно 30 в более старшем возрасте. Это снижение интеллекта может быть реальным и очевидным. Может случиться, что младенческие тесты не обнаружат полный объем дефекта, который обнаруживается только при применении более тонких методов тестирования, используемых в детстве. В соответствии со многими данными, больные с синдромом Дауна спокойные, добродушные и общительные, что облегчает их адаптацию в домашних условиях. Картина, однако, меняется в подростковом возрасте, особенно если дети живут в интернатах; у них могут обнаруживаться различные эмоциональные расстройства, нарушения поведения и (редко) психотические расстройства.

Диагноз синдрома Дауна ставится относительно просто у более старших детей, но часто связан с большими трудностями у новорожденных младенцев. Наиболее серьезными признаками являются общая гипотония, косые пальпебральные щели, избыток кожи на шее, маленький уплощенный череп, высокие скулы и высунутый язык. Руки широкие и толстые, с одной поперечной ладонной складкой, и короткие маленькие пальцы, закругленные внутрь. Рефлекс Моро слабый или отсутствует. При синдроме Дауна описано более 100 признаков и стигм, но все вместе они редко встречаются у одного и того же человека.

Прогнозируемый период жизни составляет около 12 лет. С появлением антибиотиков, однако, лишь некоторые погибают от инфекций в молодом возрасте, но большинство больных не доживают до 40 лет, когда у них уже накапливается множество не совместимых с жизнью признаков, в частности, старение, напоминающее картину, характерную для болезни Альцгеймера. Несмотря на множество предлагаемых методов, никакой вид лечения не оказался эффективным.

Болезнь (синдром) кошачьего крика

Дети, страдающие болезнью кошачьего крика, отличаются отсутствием у них части 5 хромосомы. Для них характерна сильная умственная отсталость и много стигм, часто связываемых с хромосомными нарушениями, такими, как микроцефалия, низкое расположение ушей, косые пальпебральные щели, гипертелоризм, а также микрогнатия. Характерный крик, напоминающий кошачий, связан с дефектами глотки, дал название этому синдрому, но постепенно, с годами крик прекращается.

Другие синдромы аутосомальных нарушений, связанных с умственной отсталостью, имеют значительно меньшую распространенность, чем синдром Дауна. Различные типа нарушений аутосомных и половых хромосом и обусловленные ими синдромы представлены в табл. 21.

ГЕНЕТИЧЕСКИЕ ДЕФЕКТЫ

Фенил кетонурия

Фенилкетонурия (ФКУ) была впервые описана Foiling в 1934 г. как образцовая ошибка метаболизма врожденного характера. ФКУ передается как простая рецессивная врожденная менделевская характеристика и появляется приблизительно 1 раз на каждые 10000—15000 рождений живых детей. Для родителей, которые уже имеют ребенка с ФКУ, шанс того, что следующий ребенок также будет больным, составляет 1 на каждые 4—5 последующих беременностей. Хотя эта болезнь встречается преимущественно у людей североевропейского происхождения, несколько случаев описано среди негров, евреев и жителей Азии. Частота встречаемости этого расстройства среди находящихся в приютах дефектных больных составляет около 1%. -

Основным метаболическим дефектом при ФКУ является неспособность превращать фенилаланин, существенную аминокислоту, в паратирозин из-за отсут-

Таблица 21. **Тридцать пять важных синдромов при различных видах умственной отсталости (ретардации)**

Синдром	арушения, важные для а диагноз			Умет- ретардация	Корот- рост	Тип трансмиссии
	краниофациальные	скелетные	другие			
индром Аарского	Гипертелоризм; широкий мостик носа, антевертированные ноздри, длинный губной желобок	Короткие руки и ноги; легкая перепончатость между пальцами, малый рост	Скротальное «покрывало» над половым членом		+	Х-примыкающий полудоминантный
индром Апера (ак-роцефало-синдакти-лия)	Краниосиностоз; непостоянная среднефациальная гипоплазия, гипертелоризм	Синдактилия; расширение дистальных концов пальцев рук и ног		±		Аутосомный доминантный
еребральный гигантизм (синдром Сотоса)	Большая голова; выступающий лоб; узкая **нижняя** челюсть	Большие руки **и ноги**		Значительная в раннем возрасте, плохая координация	±	*1*
индром Коккейна	Лицо с заостренными чертами; запавшие глаза; тонкий нос, прогнатия; дегенерация сетчатки	Удлиненные конечности с большими руками и ногами; дефект сгибания	Гипотрихоз; фотосенситивность; утончение подкожного слоя сетчатки; нарушение слуха	+	+	Аутосомный рецессивный
индром Кохена	Гипоплазия нижней челюсти с выдающимися центральными резцами	Узкие руки и ноги	Гипотония; ожирение	+	±	? Аутосомный рецессивный

Синдром Корнелиа де Ланге	Синофриз (сросшиеся брови); тонкая, повернутая книзу нижняя губа; длинный губной желобок; вывернутые кпереди ноздри; микроцефалия	Маленькие или неправильной формы руки и ноги; большой палец руки расположен проксимально	Гирсутизм	+	+	?
Синдром Лежена («болезнь кошачьего крика»)	Эпикантальные складки или скошенные глазные щели; круглое лицо; гипертелоризм; микроцефалия	Короткие пястные или плюсневые кости; четыре пальца на руке	В младенчестве издают крики, подобные кошачьему	+	+	?
Синдром Круазо (кранио-фациаль-ный дизо-стоз)	Проптоз с поверхностными глазными впадинами; гипоплазия верхней челюсти; краниосиностоз					Аутосомный доминантный
Болезнь Дауна	Скошенность вперед, по вертикали, по направлению к глазным щелям; средняя часть лица мала; эпикантальные складки	Короткие руки; клинодактилия пятого пальца (мизинца); четыре пальца на руке	Гипотония; дополнительные складки кожи сзади на шее	+	+	21 Трисомия
Синдром Дубовица	Маленькое лицо; латеральное смещение нижнего внутреннего угла глаза; птоз; широкая спинка носа; редкие волосы; микроцефалия		Детская экзема	±	+ +	? Аутосомный рецессивный
Плодный алкогольный синдром	Короткие глазные щели; гипоплазия средней части лица; микроцефалия		+ Поражение со стороны сердца; легкая моторная дисфункция	+	+	
Плодный гидантоино-вый синдром (Ди-лантиа)	Гипертелоризм; короткий нос; иногда — расщепленная губа	Гипопластические ногти, особенно на мизинце	Поражение сердца	±	±	

Продолжение

Синдром	И арушения, важные для диагноз а			Умет-венная ретар-дация	Корот-кий рост	Тип генетической трансмиссии
	краниофациальные	скелетные	другие			
индром Го-льденхара	Гипоплазия скуловой кости (молярная гипоплазия); макростомия (большая ротовая щель); микрогнатия; эпибульбарный дермоид или липодермоид; оттопыренные ушные раковины с периаурикулярными полипами	Позвоночные аномалии				7
арушения пигментации	± Дефект зубов; деформация ушей; ± Пятнистая плешивость		Кожная пигментация «в крапинку», в виде паутины или в виде цветков	±		? Доминантный X-примыкающий ? Летально для мужчин
индром Лоренса—Муна—Барде—Бидля	Пигментация сетчатки	Полидактилия; синдактилия	Ожирение; припадки; гипогенитализм	±	±	Аутосомный рецессивный
инейный невус индром сальности	Невус сальный, на лице или шее		± Припадки	+	±	?
индром Лоу	Катаракта	Дисфункция канальцев почек	Гипотония	+	+	X-примыкающий рецессивный
индром Мебиуса (врожденная лицевая дип-легия)	Лицо, лишенное всякого выражения; паралич глаз	+ Косолапость; синдактилия		±	±	?

ейрофиброматоз	+ Глазные глиомы; невромы слухового пути	± Повреждения костей; псевдоартрозы	Нейрофибромы; «кофейные» пятна; припадки	±		Аутосомный доминантный
индром Noonan	Прирастание задней части шеи; оттопыренные ушные раковины; гипертелоризм	Грудная клетка, образующая полость; локти, вывернутые наружу	Крипторхизм; стеноз легочной артерии	±	+	
индром Прадера—Вилли	Скошенность глазной щели по направлению вверх, вертикально	Маленькие руки и ноги	Гипотония; особенно в младенческом возрасте; затем полифагия и ожирение; гипогенитализм	+	+	7
индром Робина	Микрогнатия; опущение языка; расщепление неба; «и»-образная форма		± Сердечные аномалии			?
индром Рубелла	Катаракта; пигментация сетчатки; деформация глаза		Сенсонейральная глухота; открытый артериальный проток	±	±	
индром Рубинстайна—Тейби	Косые глазные щели (косоглазие); гипоплазия верхней челюсти; микроцефалия	Широкие большие пальцы рук и ног	Ненормальная походка	+	+	?
индром Секкеля	Гипоплазия лица; выступающий нос; микроцефалия	Много малых сочленений и патологии со стороны костной системы		+	+	Аутосомный рецессивный
индром Шегрена—Ларссона		Спастичность, особенно ног	Ихтиоз	+	+	Аутосомный рецессивный
индром Смита—Лемли—Опитца	Антевертированные ноздри и/или птоз век	Синдактилия 2-го и 3-го пальцев ноги	Гипоспадия; крипторхизм	+	+	Аутосомный рецессивный
индром Стерджа—Вебера	Плоская гемангиома лица, наиболее часто распространяется по тройничному нерву		Гемангиомы менингеальной оболочки с припадками			

Продолжение

Синдром	арушения, важные для а диагноз			Умет-ретар-дация	Корот-рост	Тип трансмиссии
	краниофациальные	скелетные	другие			
индром Тритчер—Коллинза (мандибулофациальный дизостоз)	Гипоплазия скуловых костей и нижней челюсти; скошенные вниз глазные щели; дефект нижнего века; оттопыренные ушные раковины					Аутосомный доминантный
Трисомия 18	Микростомия; короткие глазные щели; оттопыренные ушные раковины; удлиненный череп	Сжатые руки, 2-й палец расположен выше третьего; низкие дужки на кончиках пальцев; короткая грудная клетка	Крипторхизм; врожденные заболевания сердца	+	+	Трисомия 18
Трисомия 13	Дефекты глаз, носа, губ, ушей и лоб голопрозенцефального типа	Полидактилия; узкие выгнутые ногтевые ложа у пальцев	Дефекты кожи, расположенные на задней части скальпа	+	+	Трисомия 13
угорчатый склероз	Узлы на коже шеи от сиреневато-розового до коричневого цвета	+ Повреждения кости	Припадки; внутричерепная кальцификация	±		Аутосомная доминанта
индром Ваарденбурга	Латеральное смещение внутреннего угла глаза и впадины		Частичный альбинизм; белая прядь волос; гетерохромия радужной оболочки; витилиго; ± /глухота			
индром Вильямса	Полные губы; маленький нос с антевертированными ноздрями; дисплазия радужки	Легкая гипоплазия ногтей	+ Гиперкальциемия в младенчестве; стеноз верхнего клапана аорты	+	+	
ереброгепаторенальный синдром Зельвегера	Высокий лоб; плоское лицо		Гипотония; гепатомегалия; смерть в раннем младенчестве	+	+	Аутосомный рецессивный

ствия или инактивированного состояния печеночного фермента фенилаланингидроксилазы, которая катализирует превращение. Недавно описаны два других типа гиперфинилаланинемии. Один связан с дефицитом фермента дигидроптеридин редуктазы, а другой — с дефицитом кофактора биоптерина. Первый дефект может быть обнаружен в фибробластах, а биоптерин — в жидкостях тела. Оба этих редких нарушения связаны с большим риском для жизни.

Большинство больных с ФКУ имеют тяжелую умственную отсталость, но у некоторых интеллект пограничный или нормальный. Приблизительно у '/з больных наблюдаются экзема, рвота, тошнота и припадки. Хотя клиническая картина варьирует, типичными проявлениями для детей с ФКУ являются гиперактивность, неустойчивое, непредсказуемое поведение, которым трудно управлять. Для этих детей характерны вспышки раздражения и причудливые движения тела, верхних конечностей и манерное сучение руками, и их поведение иногда напоминает поведение аутичных или страдающих шизофренией детей. Вербальная и невербальная коммуникация обычно серьезно нарушена. Координация и перцептивные способности также значительно нарушены.

Ранее диагноз этого заболевания ставился на основании исследования мочи: фенилпирувиковая кислота в моче реагирует с раствором хлорида железа, в результате чего получается ярко-зеленый цвет. Однако этот тест имеет ограничения в связи с тем, что он не может определять наличие фенилпирувиковой кислоты в моче ранее, чем ребенку исполнится 5 или 6 нед, и он может давать положительную реакцию с другими аминокислотами. Недавно был получен более надежный тест, в котором применяется бактериологическая методика для определения фени-лаланина в крови.

Ранняя постановка диагноза очень важна, так как назначение диеты с низким содержанием фенилаланина, применяемое с 1955 г., значительно улучшает как поведение, так и нормальное развитие. Наилучшие результаты получаются при ранней диагностике и начале диетотерапии до тех пор, пока ребенку исполнится 6 мес.

Однако диетотерапия не лишена известной степени риска. Фенилаланин является существенной аминокислотой, и его дефицит в диете может приводить к таким серьезным нарушениям, как анемия, гипогликемия, отек и даже смерть. Часто диетотерапию ФКУ можно прекращать в возрасте 5—6 лет, хотя никаких других способов изменения метаболизма для поддержания нормального уровня фенилаланина в крови до сих пор нет. Дети, которым поставлен диагноз до 3-месячного возраста и которые лечатся соответствующей диетой, могут иметь нормальный интеллект. Если лечение не проводилось в раннем возрасте, назначение диеты детям более старшего возраста и подросткам не оказывает влияния на уровень умственной отсталости. Однако диета снизит у них уровень раздражимости и патологических изменений ЭЭГ и улучшит социальную адаптацию и внимание.

Родители детей с ФКУ и некоторые их сиблинги нормальны и являются гетерозиготными носителями патологии. Заболевание можно обнаружить с помощью теста на фенилаланиновую толерантность, что очень важно для генетической консультации, проводимой этим лицам.

Болезнь «кленового сиропа», синдром Менкеса

Клинические симптомы болезни Менкеса появляются в течение первой недели жизни. У младенцев быстро происходят нарушения и развиваются децеребрационная ригидность, припадки, нерегулярное дыхание и гипогликемия. При отсутствии лечения большинство больных умирают в первые месяцы жизни, а те, которые выживают, страдают тяжелой умственной отсталостью. Отмечены некоторые вариации, с кратковременной атаксией и только незначительной степенью умственной отсталости.

Лечение проводится по принципу, установленному для ФКУ, и состоит из диеты с очень низким содержанием трех аминокислот—лейцина, изолейцина и валина.

Другие расстройства, связанные с ферментами

Некоторые расстройства, связанные с дефицитом ферментов, также вызывают умственную отсталость, и еще все больше заболеваний идентифицируются в настоящее время как принадлежащие к этой группе. Сюда относятся болезнь Гартнупа, галактоземия, а также заболевания, связанные с накоплением гликогена. Тридцать важных синдромов с врожденными «ошибками» метаболизма, наследственными паттернами трансмиссии, дефектом ферментов, клиническими проявлениями и отношением к умственной отсталости приведены в табл. 22.

Заболевания, приобретенные в детстве

Иногда состояние развития ребенка драматически меняется в результате специфического заболевания или физической травмы. Ретроспективно несколько трудно судить о том, насколько полностью нормальным было развитие ребенка перед тем, как произошли нарушения, но обратные признаки развития ребенка или потеря навыков явно имеют другое, новое происхождение.

Инфекции

Большинство тяжелых инфекций поражает интегративные способности мозга; к таким инфекциям относятся энцефалит и менингит. Коревой энцефалит сводится «на нет» применением противокоревой вакцины, а частота других бактериальных инфекций центральной нервной системы значительно редуцируется антибактериальными веществами. Большинство случаев энцефалита обусловлено вирусами. Иногда полезно рассмотреть проблему ретроспективно, чтобы оценить возможный вклад энцефалита в перенесенном ранее заболевании, которое протекало с высокой температурой и длительной энцефалопатией. Поздно диагностированный менингит с последующей терапией антибиотиками или значительными осложнениями может серьезно повлиять на когнитивное развитие ребенка. Явления тромбоза и нагноения внутри черепа, вторичные по отношению к септицемии, на сегодня встречаются редко, однако у детей они бывают довольно часто.

Травма головы

Наиболее известной причиной травмы головы у детей являются несчастные случаи с разными машинами; в результате наблюдаются нарушение умственного развития, припадки. Однако большинство травм у детей происходит дома, например падение со стола, из открытых окон или же с лестницы. Физическое наказание также может явиться причиной повреждения головы.

Другие причины

Повреждение мозга в результате остановки сердца во время анестезии бывает редко. Одной из причин полного или частичного нарушения типа декортикации является асфиксия, появляющаяся, когда ребенок был близок к тому, чтобы утонуть. Хроническое воздействие свинца является хорошо известной причиной нарушения интеллекта и способности к обучению. Внутричерепные опухоли различного типа и происхождения сами по себе или в результате влияния хирургического вмешательства или химиотерапии этих опухолей также могут оказывать отрицательное влияние на функцию мозга.

СОЦИОКУЛЬТУРНЫЕ ВЛИЯНИЯ И ВЛИЯНИЯ ОКРУЖАЮЩЕЙ СРЕДЫ

Хорошо известно, что легкая степень умственной отсталости преобладает у лиц, относящихся к отсталым в культурном отношении, более низким в социально-экономическом отношении классам, и что сходные проявления умственной от-

Таблица 22. Тридцать важных симптомов при врожденном нарушении метаболизма

Название нарушения	Тип наследственной передачи	Какой фермент нарушен	Пренатальный диагноз	Умственная ретардация	Клинические проявления
		I. Липидный метаболизм			
Болезнь Ниманна—Пика Группа А (младенцы) Группа Б (взрослые) Группы В и Г (промежуточные)	A.R	Сфингомиелиназа	+	± +	Гепатоспленомегалия Инфильтрация легких
Младенческая болезнь Гоше	A.R	В- Глюкози даза	+	+	Гепатоспленомегалия, псевдобульбарный паралич
Болезнь Тея—Сакса	A.R	Гексозаминидаза А	+	+	Изменения желтого пятна сетчатки, припадки, спастичность
Генерализованный ганглиозидоз	A.R	В- Галактозидаза	+	+	Гепатоспленомегалия, нарушения костной системы
Болезнь Краббе	A.R	Галактоцереброзид В-Галактозидаза	+	+	Ригидность, припадки
Метахроматическая лейкодистрофия	A.R	Цереброзид сульфаза	+	+	Ригидность, дефекты развития
Болезнь Вольмана	A.R	Кислая липаза	+		Гепатоспленомегалия, нарушение надпочечников, рвота, понос
Синдром Фарбера	A. R	Кислая керамидаза	+	+	Хрипота, артропатия, подкожные узлы
Болезнь Фабри	X.R	а-Галактозидаза	+	—	Ангиокератомы, нарушение функции почек

Продолжение

Название нарушения	Тип наследственной передачи	Какой фермент нарушен	Пренатальный диагноз	Умственная ретардация	Клинические проявления
Синдром MPSI Болезнь Гунтера II Синдром Санфилиппо **III**	A.R X.R A.R	**II. Мукополисахаридный** < Идуронидаза Идуронат сульфаза Различные сульфатазы (типы А—Д)	збмен + + **4-**	+ + +	Различная степень поражения костей, гепатоспленомегалия, ограничение подвижности суставов и т.д.
Болезнь Моркио IV	A.R	N-Ацетилгалактозамин-6-сульфат сульфатаза	+		
Болезнь Марото—Лами VI	A.R	Арилсульфатаза В	+	±	
	III. Олшх	**кгахаридный и**	**]ныб**	I3M	
Болезнь клеточных включений	**A.R**	Гликопротеид, N-ацетил-глюкозаминилфосфо-	+	+	Гепатомегалия, нарушения костной системы, опухание десен
Маннозидоз	**A.R**	Маннозидаза	+	+	Гепатомегалия, нарушения костной системы, огрубение лица
Фукозидоз	**A.R**	Фукозидаза	+	+	То же, что и выше
		IV. Метаболизм	**ıслот**		
Фенилкетонурия	**A.R**	Фенилаланин гидроксилаза	-	+	Экзема, белые волосы, дурной запах
Гомоцистинурия	**A.R**	Цистатионин В-синтетаза			Эктопия, марфанподобный фенотип, патология сердечно-сосудистой системы

Тирозиноз	A.R	Тирозинаминтрансамина-за	—	+	Гиперкератотические повреждения кожи, конъюнктивит
Болезнь «кленового сиропа»	A.R	Разветвленная цепь кетоацидной декарбоксилазы	+	+	Рекуррентный кетоацидоз
Метилмалониевая ацидемия	A.R	Метил-малонил-СоА мутаза	+	+	Рекуррентный кетоацидоз, гепатомегалия, задержка роста
Проприониевая ацидемия	A. R	Проприонил-СоАкарбоксилаза	+	+	То же, что и выше
Некетоническая гипергликемия	A.R	Глицин расщепляющий фермент	+	+	Припадки
Расстройства мочевинного цикла	›сновном A.R	Фермент мочевинного цикла	+	+	Рекуррентная острая энцефалопатия, рвота
Болезнь Хартнапа	A.R	Расстройство почечного транспорта	—	—	Нет устойчивых
		V. Другие			
Галактоземия	A.R	Галактоза-1-фосфат уридилтрансфераза	+	+	Гематомегалия, катаракта, нарушения функции яичников
Гепатолентикулярная дегенерация Вильсона	A.R	Неизвестный фактор в метаболизме меди	-	±	Болезнь печени, симптом Кайзер—Флейшеринга, неврологическая патология
Болезнь «скручивания волос» Менкеса	X.R	То же самое, что и выше	+	-	Нарушения волос, церебральная дегенерация
Болезнь Леша—Найхана	A.R	Гипоксантин гуанин фосфорибозилтрансфераза	+	+	Нарушения поведения

сталости часто наблюдаются у членов одной семьи и родственников. В этих случаях биологическая причина не обнаруживается.

Во всяком случае ясно, что дети из бедных, отсталых в социокультурном отношении семей потенциально подвергаются влиянию потенциально патогенных и отрицательных в смысле влияния на развитие условий. Пренатальное развитие протекает в условиях плохой медицинской помощи и недостаточного питания матери. Беременные подростки часто рожают без необходимой акушерской помощи, они физически не полностью развиты, и дети рождаются с очень маленькой массой тела, недоношенными. Отсутствие необходимой заботы после родов, плохое питание, влияние таких токсичных веществ, как свинец, и физическая травма являются частыми явлениями. Нестабильное положение семьи, частые перемещения и смена многих лиц, одинаково плохо ухаживающих за ребенком, типичны для этих случаев. Более того, матери из таких семей часто не имеют достаточного образования и не владеют методами, необходимыми для обеспечения ребенка нужными условиями.

Другим неразрешенным вопросом является влияние тяжелого психического заболевания у родителей. Было высказано предположение, что такие заболевания отрицательно влияют на заботу о ребенке, обеспечение его нужными условиями, включая достаточный уровень стимуляции, а также другие аспекты окружающей среды, что вместе взятое создает повышенный риск нарушения развития ребенка. Известно, что дети родителей, страдающих аффективными нарушениями, подвергаются высокому риску заболеть этими же заболеваниями. Недавно проведенные исследования показывают также, что у таких детей повышен риск развития двигательных и других нарушений развития, задержки этих функций, но это не означает неизбежности развития умственной отсталости.

ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА И УМСТВЕННАЯ ОТСТАЛОСТЬ

Личностные и поведенческие паттерны

Наиболее типичным неправильным мнением, распространенным среди профессионалов и публики, является то, что умственно отсталые лица представляют собой гомогенную группу. В действительности умственно отсталые лица обнаруживают больше личностных стилей и типов поведения, чем остальные. Например, субъекты с легкой степенью умственной отсталости, которые живут самостоятельно и за ними только кто-то приглядывает, сами себя содержат и более близки к своим не отсталым коллегам, чем к умственно отсталым личностям со значительно выраженными нарушениями, уход за которыми полностью лежит на комлибо другом. Другим ошибочным мнением является мнение, что дезадаптивные личности из числа страдающих умственной отсталостью обязательно перенесли какое-то органическое заболевание, или имеют врожденную неполноценность, а не приобретенную в процессе жизни.

Все виды расстройств поведения и личности, которые имеются у лиц, страдающих умственной отсталостью, встречаются и у нелеченых больных с психическими расстройствами. Однако некоторые виды поведения можно с большей вероятностью ожидать у умственно отсталых в связи с имеющимся у них когнитивным дефицитом и образом жизни. У умственно отсталых лиц часто имеют место эгоцентризм и консерватизм мышления, связанные с когнитивным дефицитом, особенно с трудностями в формировании гипотез и абстрактном мышлении.

Органические нарушения, т. е. признаки неврологических расстройств, обычно нельзя связать непосредственно с паттернами поведения, особенно при легкой или умеренной степенях органического поражения. Такие неврологические расстройства более часто встречаются у больных с тяжелой степенью умственной отсталости. У них могут иметь место двигательная расторможенность и ослабление внимания с периодами его выпадения. Вопреки существующему мнению, агрессия не является обязательным проявлением и даже не очень типична для больных с умственной отсталостью.

Основным фактором, оказывающим воздействие на поведение умственно отсталых, является по-видимому, окружающая обстановка и переживаемые ощущения. В этом отношении наиболее патогенными являются приюты с бесчувственным, негуманным и неквалифицированным персоналом. Некоторые больные, однако, пытаются ответить на плохое обращение с ними, обнаруживая агрессию и другие формы негативного поведения. Чрезмерная опека, обычно осуществляемая родителями, часто приводит к развитию зависимости, низкой толерантности, фрустрации, ощущению собственной неполноценности и низкой самооценке.

Подверженность психическим расстройствам

Отрицательное мнение о самом себе и низкая самооценка, вероятно, являются наиболее типичными личностными особенностями отсталых лиц, особенно тех, степень отсталости которых легкая или умеренная. Они хорошо осознают свое отличие от других, и то, что не оправдали ожиданий родителей и общества и отстают от своих сверстников и сиблингов.

Защита против непереносимого чувства неполноценности, низкой самооценки и тревоги часто проявляется неадекватно и дезадаптивно и может приводить к нарушению поведения. Некоторые из таких подростков и юношей совершают преступления и обнаруживают агрессию.

Конфликт между ожидаемым представлением о самом себе и реальным образом может быть источником стресса и тревоги, сохраняющихся на всю жизнь у лиц с легкой умственной отсталостью, которые осознают свою неполноценность. Сильная зависимость от тех, кто о них заботится, не позволяет сформироваться представлению о себе как о самостоятельной личности и в определенном смысле препятствует разграничению представлений о себе и об окружающих как самостоятельных категориях. Общение у них связано со значительными трудностями, которые еще более усиливают у таких лиц чувство собственной неполноценности и фрустрации. Типичным для них является неадекватное поведение типа агрессии и аутизма. Низкая самооценка у лиц, страдающих умственной отсталостью в легкой или умеренной форме, предрасполагает их к развитию депрессии.

Относительно частоты развития психических заболеваний у умственно отсталых лиц нет достаточно убедительных данных, особенно из-за методологических трудностей. Однако, согласно имеющимся сведениям, у таких лиц очень высокий риск заболеть психическими расстройствами; он варьирует от 40 до 75%.

Среди молодых лиц, страдающих умственной отсталостью в легкой или умеренной степени, наиболее часто встречаются диагнозы: расстройства адаптации, расстройства настроения и психозы; среди детей преобладают расстройства настроения, тревожные расстройства и первазивные нарушения развития.

ДИАГНОЗ

История

В большинстве случаев сведения, сообщенные родителями или лицами, осуществляющими непосредственную заботу об умственно отсталом лице, являются единственным источником информации, поэтому надо принять все меры к тому, чтобы они были достоверны. История развития беременности, работа, рождение, наличие кровосмешения или психических заболеваний в семье заслуживают особого интереса. Родители должны также указать основные вехи в развитии ребенка. Это особенно трудно, так как родители пристрастны и часто обнаруживают тревожность. Очень важно выяснить вопрос об эмоциональном климате в семье и его социокультурной основе, что важно для оценки клинических результатов.

Психиатрическая беседа

Два фактора имеют чрезвычайно важное значение при беседе с больным: отношение врача и манера общения со стороны больного. Врач должен руководствоваться психическим возрастом больного, поскольку он может полностью опреде-

лять возможности больного. Умственно отсталый субъект, психический возраст которого определяется как 10 лет, не то же самое, что 10-летний ребенок. Если с ним обращаться как с ребенком, некоторые из умственно отсталых обнаруживают гнев, обиду и не хотят общаться. С другой стороны, более пассивные и зависимые личности могут принимать роль ребенка, которая, как они думают, от них требуется. В обоих случаях нельзя получить надежные данные. Вербальные возможности больного, включая рецептивный и экспрессивный язык, следует выяснить как можно скорее путем наблюдения, общения, вербального и невербального, с лицами, заботящимися о больном, а также из истории болезни. В этом отношении часто бывает полезным раньше увидеть больного и лиц, осуществляющих заботу о нем, вместе. Если больной общается с помощью языка жестов, заботящееся о нем лицо может присутствовать при беседе с врачом в качестве переводчика.

Отсталые личности всю жизнь ощущают, что не разбираются во многом, и могут испытывать сильную тревогу перед беседой с врачом. Врач и лица, осуществляющие заботу о больном, должны попытаться дать такому больному ясное, точное и дружеское объяснение диагностического процесса, особенно тем больным, которые используют рецептивный язык. Следует избегать такого положения, когда больному кажется, что причиной встречи с врачом является его плохое поведение. На доступном больному языке следует высказать свою поддержку и похвалить его соответственно его возрасту и пониманию. Наводящих вопросов надо избегать, так как отсталые лица могут быть внушаемы и захотят обрадовать других. Чтобы заставить их придерживаться обсуждаемого вопроса, надо давать ненавязчивые указания, структурировать и подкреплять данную тему.

Необходимо оценить подвижность больного ребенка и установить факты наличия отвлекаемости и нарушений восприятия и памяти. Важно отметить применение речи, оценку реальности и способность генерализовать свои ощущения, отвлекшись от них.

Природа и зрелость защиты у ребенка — особенно применение чрезмерных способов защиты —избегания, репрессии, отрицания, интроекции и изоляции — должны быть описаны. Следует также оценить сублимационный потенциал, толерантность к фрустрации и контроль над своими импульсами, особенно моторными, агрессивными и сексуальными побуждениями. Важно также представление о самом себе и его роль в развитии уверенности в себе и упорство, настойчивость и желание познать неизвестное.

В целом, психиатрическое обследование умственно отсталого ребенка должно ответить на вопрос, как он справляется с различными задачами на различных стадиях личностного развития. В отношении неспособности к этому или регрессии можно составить профиль, который позволит осуществить логическое планирование руководства и коррекции.

Физическое обследование

Со стороны некоторых частей тела и органов могут наблюдаться отклонения, характерные для умственно отсталых лиц, которые иногда имеют пренатальное происхождение. Например, конфигурация и размер головы часто служат указанием на такие проявления, как микроцефалия, гидроцефалия и синдром Дауна. Лицо больного иногда имеет такие признаки, которые облегчают диагноз умственной ретардации, как гипертелоризм, плоский нос, выдающиеся надбровные дуги, эпикантальные складки, мутность роговицы, изменения сетчатки, низко расположенные, маленькие или бесформенные уши, вываливающийся язык, большие расстояния между зубами. Выражение лица, которое можно охарактеризовать как глупое, не всегда является адекватным, и на него нельзя опираться, если нет других подтверждающих признаков. Цвет и плотность кожи и волос, небо с высокими дугами, размер щитовидной железы и величина туловища и конечностей являются дальнейшей областью исследования. Частью клинического исследования должно быть измерение окружности головы.

Дерматоглифика или рисунок рук могут явиться другим диагностическим инструментом, поскольку нетипичный паттерн борозды и сгибательной складки ча-

сто обнаруживаются у отсталых детей. Патологическая дерматоглифика может часто обнаруживаться у лиц с хромосомными нарушениями и у детей, больных коревой краснухой. Многочисленные нарушения, связанные с обсуждаемой патологией, приведены в табл. 22.

Неврологическое обследование

Когда неврологические нарушения имеют место, их частота и тяжесть обратной корреляцией связаны со степенью ретардации. Много детей с тяжелой умственной отсталостью не обнаруживают неврологических отклонений, и, напротив, около 25% всех детей с церебральным параличом имеют нормальный интеллект.

Нарушения в двигательной области проявляются патологией мышечного тонуса (спастичность или гипотония), рефлексов (гиперрефлексия) и непроизвольными движениями (хореоатетоз). Незначительные нарушения в этой сфере проявляются неловкостью и плохой координацией.

Вторичные расстройства могут включать глухоту, варьирующую от небольшого нарушения способности слышать до значительной корковой глухоты. Зрительные расстройства могут варьировать от слепоты до нарушений в пространственном представлении, распознавания образа и представления о схеме тела.

Наихудший прогноз имеют младенцы, которые обнаруживают комбинацию неактивности, общей гипотонии и чрезмерной отвечаемости на стимулы. У более старших детей маркерами поражения мозга часто являются гиперактивность, кратковременные провалы внимания, отвлекаемость и низкая переносимость фрустрации.

В целом, чем младше ребенок во время исследования, тем большую осторожность следует соблюдать при предсказывании будущего, поскольку потенциал восстановления способностей мозга младенцев очень велик. Наиболее адекватным подходом к прогнозированию способностей можно считать обследование развития ребенка с регулярными интервалами.

Пневмоэнцефалограмма является несколько опасным методом исследования и используется редко у умственно отсталых, а в настоящее время ее заменила компьютерная томография. Случайные результаты—-внутренняя гидроцефалия, корковая атрофия или порэнцефалия, обнаруживаемые у тяжело умственно отсталых, страдающих органическим поражением мозга, не рассматриваются как важные признаки в общей картине.

Рентгенологическое исследование черепа, обычно производимое в таких случаях, помогает понять только немногие случаи, такие как связанные с краниосиностозом, гидроцефалией, корковой атрофией и другими факторами, являющимися результатом внутричерепного кальцинирования (например, токсоплазмоз, шишковатый склероз, церебральный ангиоматоз и гипопаратиреоидизм).

Электроэнцефалограмма (ЭЭГ) должна интерпретироваться очень осторожно з случаях умственной отсталости. Исключение составляют больные с гипеаритчией или большими припадками, у которых ЭЭГ позволяет установить диагноз и назначить лечение. В большинстве других случаев диффузное церебральное расстройство вызывает неспецифические изменения ЭЭГ, характеризующиеся медленной активностью со вспышками пиков и острых волн или резкими волновыми комплексами. Путаница, возникающая при оценке значимости ЭЭГ для диагноза умственной отсталости, может быть очевидна на основании сообщений о частой патологии ЭЭГ при синдроме Дауна, процент которой варьирует вокруг 25 для большинства больных с этим заболеванием.

Лабораторные тесты

Лабораторные тесты включают исследование мочи и крови при нарушении метаболизма.

Патология ферментов при хромосомных расстройствах, особенно при боле-

зни Дауна, обещает стать важным диагностическим тестом. Определение кариотипа в генетической лаборатории показано во всех случаях, когда есть подозрение на хромосомные расстройства.

Оценка слуховой и речевой функций

Оценку слуховой и речевой функций надо производить всегда. Развитие речи может явиться ключевым критерием при исследовании умственно отсталых. Различные нарушения способности слышать часто обнаруживаются у умственно отсталых; однако, в некоторых случаях, эти нарушения сами могут способствовать развитию умственной отсталости. К сожалению, обычно используемые методы оценки способности видеть и слышать требуют, чтобы больной был общительным, и поэтому их часто нельзя применить у лиц, страдающих умственной отсталостью в тяжелой форме.

Психологическая оценка

Исследующие врачи могут пользоваться несколькими методами для младенцев и детей, начинающих ходить. Как и во многих областях умственной отсталости имеются противоречия относительно значимости психологических тестов для младенцев. Корреляция патологических нарушений, наблюдающихся во время младенчества, с последующими нарушениями является очень низкой согласно некоторым авторам, тогда как данные других авторов указывают на высокую корреляцию. Общее согласие существует по вопросу о том, что корреляция возрастает в прямой связи с возрастом ребенка к моменту обследования.

Копирование геометрических фигур, тест Гуденафа «Нарисуй человека», тест с кубиками Коха и геометрические головоломки могут быть использованы как тесты для быстрого скрининга зрительно-моторной координации.

Психологическое тестирование, выполняемое квалифицированным специалистом, является частью общепринятого обследования на умственную отсталость. Тесты Гезелла, Бейли и Кэтэлла часто применяются на детях. Для детей предназначены также тесты Стэнфорда — Бине и Шкалирование умственного развития по Векслеру. Оба теста подвергаются критике, что они отражают культурное развитие ребенка и тестируют в основном уровень академической образованности, а не адекватность приспособленности к социальным условиям жизни; критикуется также их непригодность для обследования детей с умственным коэффициентом ниже 50. Некоторые пытаются преодолеть языковый барьер умственно отсталых, используя тесты с картинками, из которых наиболее часто применяется словарный тест Пеабоди.

Часто эти тесты оказываются полезными для обнаружения поражения мозга, например, тест Бендера — Гештальт и тест на удержание зрительной информации Бентона. Кроме того, надо проводить психологическое исследование перцептивных, моторных, лингвистических и когнитивных способностей. Важна также информация относительно мотивационных, эмоциональных и интерперсональных факторов.

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ

Дети из неблагополучных семей, получавшие неадекватную стимуляцию со стороны внешней среды, могут обнаруживать двигательную и психическую ретардацию, которая может исчезнуть при предоставлении им обогащенной стимуляции в раннем детстве. Целый ряд сенсорных нарушений, особенно глухота и слепота, могут быть ошибочно приняты за умственную отсталость, если во время тестирования не предлагается компенсации дефекта. Дефекты речи и церебральный паралич часто делают ребенка похожим на умственно отсталого, даже если его интеллект является пограничным или нормальным.

Хронические заболевания, нарушающие трудоспособность, могут вызывать

изолированные поражения, например, неспособность обучиться чтению (алексия), письму (аграфия), общению (афазия) и некоторые другие, которые могут наблюдаться у лиц с нормальным или даже высоким интеллектом.

У детей со специфическими нарушениями развития имеется задержка или отсутствие способностей в одной какой-либо области, например в чтении или в овладении языком, но в других областях дети могут развиваться нормально. Напротив, дети с умственной отсталостью обнаруживают общую задержку во многих областях развития.

Расстройство в виде первазивного нарушения развития проявляется как неправильное развитие многих психических функций по времени, по степени выраженности и последовательности, в то время как эти функции являются базисными для последующего развития профессиональных навыков и овладения языком. Имеются также тяжелые качественные нарушения, которые являются патологическими для любой стадии развития. При умственной отсталости, однако, имеется генерализованная задержка умственного развития, и такие дети ведут себя как будто бы они проходят через более раннюю стадию развития. Умственная отсталость может сосуществовать со специфическими расстройствами развития и часто— с первазивными нарушениями развития.

Наиболее важный дифференциальный диагноз проводится между детьми, страдающими умственной отсталостью, органическим поражением мозга, ранним детским аутизмом, детской шизофренией и, по данным некоторых авторов, болезнью Геллера. Путаница обусловливается тем, что данные о раннем развитии ребенка часто оказываются недоступными или недостоверными и когда они оцениваются, кажется, что многие дети обнаруживают одинаковые странности и стереотипии в поведении, мутизм, эхолалии, а общий уровень их развития снижен. К тому времени, когда эти дети попадают к врачу, с практической точки зрения уже неважно, является ли задержка развития вторичной по отношению к первичному раннему детскому аутизму или же личностные и поведенческие нарушения являются вторичными по отношению к органическому поражению мозга или умственной отсталости. Когда эго-функции задерживаются в развитии или атрофируются на какой-либо другой почве, врач должен прежде всего сосредоточить внимание на отсутствии контакта с ребенком, которое следует преодолеть до тех пор, пока все корригирующие воспитательные меры не окажутся бесполезными.

ЛЕЧЕНИЕ

Умственная отсталость связывается с несколькими гетерогенными группами расстройств и множеством психосоциальных факторов. Наилучший способ лечения умственной отсталости—предупреждение первичное, вторичное и третичное на основе профилактической медицинской модели.

Первичное предупреждение

Первичная профилактика относится к стремлению и действиям, предпринимаемым для ограничения факторов и состояний, которые приводят к развитию расстройств, связанных с умственной отсталостью. Такие меры включают: 1) воспитание и образование, направленные на повышение знаний об умственной отсталости и ее причинах, 2) постоянные усилия профессиональных медиков, направленные на повышение знаний у полицейских, занимающихся вопросами общественного здоровья, 3) закон, обеспечивающий оптимальную заботу о матерях и детях и 4) искоренение известных расстройств, которые могут вызвать повреждение центральной нервной системы. Семья и генетическая консультация должны помогать снизить частоту появления умственной отсталости в тех семьях, где уже имеются случаи генетических расстройств с умственной отсталостью. Для детей и матерей с низким социально-экономическим статусом следует обеспечивать надлежащие пренатальные и постнатальные условия и различные программы для обогащения окружающей обстановки и социальную помощь, чтобы минимизировать медицинские и психосоциальные осложнения.

Вторичное и третичное предупреждение

Если уже было обнаружено расстройство, связанное с умственной отсталостью, его надо лечить, чтобы сократить продолжительность болезни (вторичное предупреждение) и свести к минимому остаточные явления или последствия в виде нарушения психических функций (третичное предупреждение).

Наследственные метаболические или эндокринные расстройства, такие, как ФКУ и гипотиреоидизм, можно успешно лечить на ранней стадии с помощью диеты или гормонотерапии.

Умственно отсталые дети часто обнаруживают эмоциональные нарушения и расстройства поведения, требующие психиатрического лечения. Эти дети имеют ограниченные когнитивные и социальные возможности, требующие вмешательства и модифицированного психиатрического лечения, основанного на уровне развития интеллекта ребенка. Игровая терапия и возможности для формирования общения в социальной группе могут помочь таким детям отрегулировать их внутренние конфликты.

Поведенческая терапия, особенно положительное подкрепление, оказались эффективными для модификации некоторых видов дезадаптивного поведения. Иногда удается избавиться от симптомов-мишеней или уменьшить их с помощью психотропных средств; например, это возможно в отношении гиперактивного и импульсивного поведения, тревоги и депрессии.

Родители нуждаются в постоянных консультациях или, если есть показания, к семейной терапии. Родителям надо дать возможность выразить свое чувство вины, отчаяния, муки, повторяющегося отрицания и ярости по отношению к имеющемуся у ребенка дефекту и его будущему. Врач должен подготовиться к тому, чтобы сообщить родителям необходимые сведения и дать медицинскую информацию по вопросам этиологии, лечения и другим необходимым вопросам (например, специальное лечение и коррекция сенсорных дефектов).

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

Chess S.. Hassibi M. Principles and Practice of Child Psychiatry, ed. 2, p. 296. Plenum, New York, 1986.

Crocker A.C. Current strategies in prevention of mental retardation.— Pediat. Ann., 1982, 11, 450.

Crocker A.C., Cushna B. Ethical considerations and attitudes in the field of developmental disorders.— In: Developmental Disorders: Evaluation, Treatment and Education/Eds. R. B. Johnston, P. R. Magrab, p. 495. University Part Press, Baltimore, 1976.

Crocker A. C, Nelson R.P. Mental retardation.— In: Developmental Behavioral Pediatrics/Eds. M. D. Levine, W. B. Carey, A. C. Crocker, R. T. Gross, p. 756. Saunders, Philadelphia, 1983.

Edgerton B. R., Bellinger M., Herr B. The clak of competence: After two decade.— Am. J. Ment. Defic., 1984, 88, 345.

Frankenburg W. F. Infant and preschool developmental screening.— In: Developmental-Behavioral Pediatrics/Eds. M. D. Levine, W. B. Carey, A. C. Crocker, R. T. Gross, p. 927. Saunders, Philadelphia, 1983.

Menolascinb F. J., editor. Psychiatric Approaches to Mental Retardation. Basic Books, New York, 1970.

Pueschel S.M., Rynders J.E., editors. Down Syndrome: Advances in Biomedicine and Behavioral Sciences. Ware Press, Cambridge, MA, 1982.

Ruedrich S. C, Wadle C. V., Sallach H.S. et al. Adrenocortical function and depressive illness in mentally retarded patients.— Am. J. Psych., 1987, 144, 597.

Stack L. S., Haldipur D. V., Thompson M. Stressful life events and psychiatric hospitalization of mentally retarded patients.— Am. J. Psych., 1987, 144, 661.

Syzmanski L. S., Tanguay P. E., editors. Emotional Disorders of Mentally Retarded Persons. University Park Press, Baltimore, 1980.

Wolfensberger W. The Principle of Normalization in Human Services. National Institute on Mental Retardation, Toronto, 1972.

Глава 27

ПЕРВАЗИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА РАЗВИТИЯ

ОПРЕДЕЛЕНИЕ

Первазивные расстройства развития были впервые официально признаны в DSM-III-R как четко очерченное детское психиатрические расстройство в 1980 г. Более поздняя классификация DSM-III-R признает только одну подгруппу из всей группы составляющих общую категорию первазивных расстройств развития, а именно, аутистическое расстройство, известное также как детский аутизм и синдром Каннера.

Эти расстройства клинически обнаруживаются как нарушения, отклонения или задержка в развитии внимания, восприятия, тестирования реальности и в развитии социального, языкового и двигательного поведения. Расстройство в виде аутизма характеризуется аномалией поведения и включает три основных кластера диагностических критериев развития и поведения: 1) нарушения в социальном взаимодействии, 2) нарушения коммуникабельности и воображения и 3) значительное сужение интересов и активности.

Диагностируя аутистическое расстройство, DSM-III-R обязывает указывать возраст начала расстройства: младенчество (до 36 мес), детство (после 36 мес) или же то, что возраст неизвестен и никак не определен.

Категория первазивных расстройств поведения, никак более не определяемых, используется для диагностики случаев, которые отвечают общему описанию первазивных расстройств развития, но не специфическим критериям для аутистического расстройства. Критерии DSM-III-R для диагностики аутистического расстройства и. первазивного расстройства развития, никак более не определяемые, то есть другое название отсутствует (ДНО). Диагностические критерии для аутистического расстройства: (По меньшей мере восемь из следующих 16 пунктов должны иметь место, причем два подпункта пункта А, один — Б и один В). Отметьте: считается, что критерию отвечает только тот случай, когда поведение патологическое для уровня развития данного лица.

А. Количественные нарушения во взаимном общении, проявляющиеся в следующем: (примеры составлены так, что ранее упо-

минаются нарушения, более характерные для молодого возраста или для большей выраженности нарушений, а далее—для более старших и с меньшими нарушениями):

1) полное отсутствие осознания наличия и чувств у других лиц (например, обращаются с человеком, как будто это часть мебели; не замечают горя другого лица; отсутствует потребность в других людях);

2) отсутствие или патологический поиск комфорта во время тяжелых переживаний (например, отказ от комфорта даже во время болезни, горя или усталости; поиск комфорта носит стерео типный характер, например, в состоянии обиды повторяет: «хоро шо, хорошо, хорошо»);

3) отсутствует или нарушено подражание другим (например, не машет рукой «До свидания», не подражает матери, когда она работает по дому, механически подражает действиям других вне контекста ситуации);

4) отсутствие или нарушение социальных игр (например, не участвует активно в простых играх; предпочитает играть в оди ночные игры; вовлекает в игру других детей только как «механи ческие средства»);

5) испытывает значительные трудности в том, чтобы найти друга среди сверстников (например, не проявляет интереса к та кой дружбе; если есть интерес, не может достичь понимания, для достижения такого понимания пытается читать телефонную кни гу);

Б. Качественные нарушения в вербальной и невербальной коммуникации и в области воображения, проявляющиеся в следующем: (ранее упоминаются нарушения, более характерные для более молодого возраста или для большей выраженности нарушений, а далее—для более старших детей и лиц с меньшими нарушениями):

1) отсутствие способов общения (например, коммуникативно го лепета, выражения лица, жестов, мимики или разговорного языка);

2) значительное нарушение невербальной коммуникации, про являющейся во взгляде в глаза, выражении лица, позе, жестах, ко торые способствуют началу или изменению общения (например, не хочет к родителям на руки, чувствует себя на руках стесненно, не смотрит на собеседника или не улыбается, когда к нему подхо дят, не приветствует родителей или гостей, в ситуации, когда надо общаться, смотрит застывшим взглядом);

3) отсутствие воображения, например, во время разыгрыва ния взрослых ролей, воображаемых персонажей или живо тных; отсутствие интереса к рассказу, рассчитанному на вообра жение;

4) выраженные нарушения в произносимой речи — объе ме, высоте, ударении, скорости, ритме и интонации (например,

монотонный тон, вопросительная мелодия или высокие звуки);

5) выраженные нарушения в форме или содержании речи, включая стереотипии и повторное использование слова (например, непосредственные эхолалии или механическое повторение телевизионной рекламы); применение «ты» вместо «я» (например, «ты хочешь пить» вместо «я хочу пить»); идиосинкратическое использование слов и фраз (например, «иди на зеленую дорожку, где скачут лошадки» вместо «хочу на качели»); частые замечания не к месту (например, начинает разговаривать о расписании поездов во время беседы о спорте);

6) выраженные нарушения способности начать и поддержать разговор с другими, несмотря на адекватную речь (например, говорит монологом, несмотря на отсутствие интереса у других);

В. Выраженное снижение круга деятельности и интересов, проявляющееся в следующем:

1) стереотипные движения тела, например, стряхивающие или трясущиеся движения руками, сучение, кивки головой или комплексные движения всего тела;

2) постоянное внимание и занятость какими-то деталями или предметами (например, нюханье пахучих предметов, постоянное щупанье структуры ткани, кручение колес от игрушечных машин) или пристрастие к необычным объектам (например, настаивает на том, чтобы носить с собой куски веревки);

3) сильные переживания при каких-нибудь изменениях обычного окружения (например, когда ваза сдвигается с обычного места);

4) бессмысленное стремление следовать в деталях установленной рутине, например, настаивает, чтобы всегда идти одним и тем же путем в магазин;

5) значительно ограниченный круг интересов и занятость одним вопросом, например, занят только выстраиванием всех предметов в одну линию; повышенным интересом к фактам о метеорологии или воображением себя как волшебного существа;

Д. Появление во время младенчества и детства; Указать, возникло ли расстройство в детстве (после 36 мес).

Диагностические критерии для первазивного расстройства развития, никак более не определяемого (Другое название отсутствует, ДНО):

Эту категорию следует использовать для случаев количественного нарушения развития адекватного социального общения и вербальных и невербальных способностей, но когда эти критерии не отвечают аутистическому расстройству, шизофрении или шизоидным расстройствам личности. У части лиц отмечается выраженное сужение интересов и деятельности, но у некоторых это отсутствует.

АУТИСТИЧЕСКОЕ РАССТРОЙСТВО

Исторический обзор

Henry Maudsley (1867) был первым психиатром, который уделил серьезное внимание очень маленьким детям с тяжелыми психическими расстройствами, включающими выраженные отклонения, задержку и расстройство процесса развития. В начале такие расстройства рассматривались как «психозы». В 1943 г. Leo Kanner в классическом труде «Аутистические расстройства аффективного общения» придумал название «инфантильный аутизм» и дал отчетливое описание этого синдрома, наблюдающегося в раннем детском возрасте. Он описал детей, обнаруживающих «крайне аутистическое одиночество», неспособность настраиваться на адекватное поведение и задержку или отклонение в развитии языка с эхолалией и неправильным употреблением местоимений (использование «ты» вместо «я»), монотонное повторение шума или слов, отличную механическую память, ограниченный диапазон спонтанной активности, стереотипии и маность, «тревожное навязчивое желание поддерживать все в неизменном виде», «страх перед изменением и незаконченностью» и патологические отношения с другими людьми, а также предпочтение общению с картинами и неодушевленными объектами. Kanner предположил, что этот синдром более часто наблюдается у детей, чем это предполагалось ранее, и что его ошибочно рассматривали как умственную отсталость или детскую шизофрению.

Имеется путаница в вопросе о том, является ли инфантильный аутизм наиболее ранним проявлением детской шизофрении или отдельным клиническим состоянием, но факты указывают, что это разные заболевания.

Эпидемиология

Распространенность. Аутистическое расстройство появляется в 4—5 случаях на 10000 детей (или в 0,04—0,05%) в возрасте от 12 до 15 лет, причем гораздо чаще у детей, рожденных женщинами, перенесшими коревую краснуху во время беременности, что и обусловило умственную отсталость. Если взять умственную отсталость с некоторыми чертами аутичности, уровень повысится и составит 20 на 10000. В большинстве случаев аутизм начинается ранее 36 мес, но может быть не замечен родителями, что зависит от внимательности родителей и степени выраженности аутизма.

Пол. Инфантильный аутизм встречается чаще у мальчиков, чем у девочек, в 3—5 раз. Но у девочек аутизм имеет более тяжелое течение и, как правило, при этом в семье уже ранее встречались случаи с когнитивными нарушениями.

Социальная принадлежность. В ранних работах было показано, что дети с аутизмом чаще встречаются в более высоких социально-экономических классах; однако, по-видимому, эти исследования были под сильным влиянием неверных сопоставлений. В течение последних 20 лет увеличивающееся число случаев было обнаружено в более низких социально-экономических слоях. Это может быть связано с тем, что синдром лучше распознается и медицинская помощь стала более доступна для таких больных.

Этиология и патогенез

Аутистическое расстройство является синдромом нарушения развития поведения, которое, как было недавно обнаружено, может быть вызвано множеством причин. Выдвигались как психодинамические, так и органические теории, пытавшиеся объяснить причину. Имеющиеся в настоящее время факты указывают, что обычно имеют место значимые биологические нарушения, лежащие в основе этой патологии.

Психодинамические и семейные причины. В своем самом раннем сообщении Kanner отмечал, что среди родителей аутичных детей очень редко встречались «истинно добросердечные» люди и что в большинстве случаев преобладали в семьях лица со склонностью к интеллектуальному абстрагированию, которые проявляли мало интереса к своим детям. Эти данные, однако, не подтвердились в течение последующих 40 лет. Другие теории, как постулирующие родительскую ярость и отвергание детей, а также подкрепление аутизма у детей со стороны родителей, также не внесли существенного вклада, так как не набрали достаточного количества фактов. Последние исследования, сравнивающие родителей аутичных детей с родителями нормальных детей, не обнаружили значительных различий в плане заботы и воспитания детей. Отсутствуют убедительные факты, что есть какие-либо определенные типы девиантных семей или психодинамические констелляции факторов, приводящих к развитию аутистического расстройства.

Органические неврологически-биологические нарушения. Аутичные дети как правило переносили больше пренатальных осложнений, чем контрольные группы нормальных детей или детей с другими видами патологии. Перинатальные стрессы повышают риск развития инфантильного аутизма. Тот факт, что аутичные дети имеют значительно больше врожденных заболеваний, чем другие сиблинги или контрольные группы здоровых детей, показывает, что значительную роль играют осложнения во время первого триместра беременности. От 4 до 32% аутистов будут впоследствии страдать эпилептическими припадками и от 20 до 25% аутистов имеют увеличенные желудочки мозга при компьютерной томографии. Различная патология ЭЭГ обнаружена у 10—83% аутичных детей, и хотя специфические для этой патологии нарушения ЭЭГ отсутствуют, имеются некоторые данные, указывающие на отсутствие полушарной латерализации.

Биохимическая патология. Повышение уровня серотонина в крови обнаруживается приблизительно у '/э аутичных детей; однако этот уровень повышен также у '/з детей, страдающих тяжелой умственной отсталостью. У небольшой группы больных обнаружена значимая корреляция между высоким уровнем серотонина в крови и понижением в спинномозговой жидкости 5-

гидроксииндолуксусной кислоты. Кроме того, основной метаболит серотонина 5-гидрокси-Н, Н-диметилтриптамин (буфотенин) был обнаружен в моче аутистов и членов их семей, но не у лиц контрольной группы.

Генетические исследования. Примерно 2% сиблингов аутистов поражено инфантильным аутизмом — уровень, в 50 раз превышающий характерный для нормальной популяции. Уровень кон-кордантности для аутистов и монозиготных пар составляет 35%, тогда как конкордантность для дизиготных пар равна нулю. Клинические сообщения и исследования указывают, что неаутичные члены этих семей разделяют многие аспекты других когнитивных нарушений с аутичными лицами, но они выражены не в такой тяжелой форме.

Клиническое описание

Физическая характеристика

Внешность. Kanner был изумлен интеллектом и приятной внешностью аутичных детей. У них отмечается также более низкий рост в возрасте 2—7 лет, чем у нормальных представителей этого возраста.

Право- и леворукость. У большинства аутичных детей отсутствует латерализация из-за задержки в развитии. Это значит, что они остаются амбидекстрами в том возрасте, когда у нормальных детей развивается доминирование какого-либо полушария. Имеет место также патологическая выраженность дерматоглифики (например, отпечатков пальцев), отличающейся от остального населения, что может указывать на нарушение в нейроэктодермальном развитии.

Интерку ррентные физические заболевания. Отмечается более частое появление респираторных инфекций верхних дыхательных путей, сильной отрыжки, фебрильных припадков, запоров, усиленной перистальтики кишечника у аутичных детей по сравнению с нормальными. Многие аутичные дети по-другому реагируют на болезни, чем нормальные, что может отражать незрелость и патологию вегетативной нервной системы. Кроме того, у аутичных детей не поднимается температура при инфекционных заболеваниях, они иногда не жалуются ни голосом, ни жестами при наличии у них болей и могут не обнаруживать недомогания. Интересно, что их поведение и отношения с другими могут улучшиться до значительного уровня, когда они больны, и именно это иногда может указать на наличие у них соматического заболевания.

Поведенческие характеристики

Неспособность к установлению нормальных отношений (аутизм). Все аутичные дети не могут установить нормальных отношений со своими родителями и другими людьми. В младенческом возрасте они не улыбаются и не принимают соответствующую позу ожидания при приближении взрослого, который возьмет их на руки. Типичным является отсутствие контакта глазами. Социальное развитие аутичного ребенка характеризуется отсутствием адаптивного поведения и относительно ранней неспособностью устанавливать специфические связи между людьми. У этих детей отсутствует способность распознавать или дифференцировать наиболее важных лиц в своей жизни — родителей, сиблингов или учителей. И они практически не выявляют тревоги при разлуке с близкими или когда остаются в незнакомой обстановке с незнакомыми людьми.

Когда они достигают школьного возраста, то становятся менее замкнутыми, или эта замкнутость менее очевидна, во всяком случае, когда ребенок хорошо успевает. Напротив, их неумение играть с другими и находить друзей, социальная скованность и неадекватность становятся более заметными.

В позднем подростковом возрасте эти аутисты, которые хорошо успевают в школе, часто хотят иметь друзей. Однако их неумелость и неспособность найти подход и отвечать на интересы других, эмоции и чувства являются основными препятствиями для дружбы. У аутичных подростков и молодых людей обычно нет отклонений в сексуальной сфере, но отсутствие ориентировки в социальных отношениях и правилах мешает им иметь нормальные сексуальные контакты. Очень редко аутисты способны жениться.

Расстройства в общении и языковой сфере. Значительный дефицит и отклонение в языковой сфере — один из основных диагностических критериев инфантильного аутизма. Аутичные дети не просто не желают говорить, и отклонения в их речи не связаны с отсутствием мотиваций. Для аутичных детей характерны отклонения в языковой сфере и задержка в ее развитии. В отличие от нормальных или умственно отсталых детей, аутичные дети мало используют категорию «значения» в памяти и мышлении. Когда аутичные дети учатся беседовать бегло, у них не хватает социального опыта, и их беседа не содержит обмена взаимными впечатлениями.

В течение первого года жизни объем и паттерн лепета у аутичного ребенка могут быть понижены или ненормальны. Некоторые дети производят шум (например, щелчки, звуки, хрипы или бессмысленные слоги) в стереотипной манере при отсутствии намерений к общению.

В отличие от нормальных маленьких детей, у которых всегда лучше выражен рецептивный язык и которые понимают намного больше, чем могут сказать, аутичные дети вербально могут выразить больше, чем они понимают. Слова или даже целые предложения могут включаться или выключаться из словарного запаса ребенка. Такие дети могут использовать слово однажды, а затем не применять его неделями, месяцами или годами. Их речь обычно построена в виде эхолалии, как немедленной, так и задержанной, или в виде стереотипных фраз вне контекста. Эта патология обычно связана с неправильным использованием местоимений, например, ребенок спрашивает: «Ты хочешь игрушку?», когда хочет сказать, что он сам ее желает получить. Отмечаются также трудности в артикуляции. Во многих случаях имеют место нарушения качества голоса, странное звучание и ритм. Около 50% аутичных детей никогда не научаются нормально говорить. Некоторые, наиболее способные дети умеют обращаться с цифрами и буквами. Немногие дети обучаются читать в дошкольном возрасте, часто на удивление хорошо. В подавляющем большинстве случаев эти дети, однако, читают без понимания смысла прочитанного.

Отклонения в игре. В первые годы жизни у аутичного ребенка отсутствует многое, характерное для нормального ребенка в сфере игры, или же эти проявления минимальны. Часто он манипулирует игрушками и предметами совсем не так, как полагается по назначению этих предметов. Игра, как правило, стереотипна, не функциональна и не социальна. Паттерны игры ригидны и ограничены, мало вариативны, не творческие; в них отсутствует воображение и они содержат мало символических черт. Аутичные дети не способны имитировать и применять абстрактную пантомиму.

Стереотипное и ритуальное поведение, настаивание на сохранении всего в неизменном виде и сопротивление переменам. Деятельность и игра, если они имеют место у аутичных детей, характеризуются ригидностью, повторяемостью и монотонностью. Ритуальные и компульсивные феномены являются типичными для этих детей, и в раннем и среднем детском возрасте они принимают форму ригидной и ритуализированной рутины. Они часто ударяют или сучат руками, выстраивают в ряд предметы и занимаются с неодушевленными объектами. Кроме того, многие аутичные дети, особенно те, которые обнаруживают значительные интеллектуальные нарушения, выявляют также и двигательные расстройства. Стереотипии, манерность и гримасничанье больше выражены, когда дети предоставлены самим себе, и могут снижаться в хорошо ор-

ганизованной ситуации. Аутичные дети сопротивляются изменениям и переменам. Переезд в новый дом, передвигание мебели в комнате и завтрак перед принятием ванны, если раньше было наоборот, могут вызвать панику или вспышки раздражительности.

Ответы на сенсорные стимулы. Аутичные дети могут отвечать на сенсорные стимулы либо чрезвычайно сильно, либо, наоборот, слишком слабо (например, на звуки или боль). Они могут избирательно игнорировать обращенную к ним речь, и это может создавать впечатление, что они глухие. Однако они могут проявлять необычайный интерес к звукам, издаваемым ручными часами. Болевой порог может быть понижен, или же может иметь место патологическая реакция на боль. Действительно, такие дети иногда наносят тяжелые самоповреждения и не плачут от боли.

Многие аутичные дети любят музыку. Они часто напевают мелодию или песню или какую-то рекламу перед тем, как произнести слово или сказать речь. Некоторым особенно приятна вестибулярная стимуляция — удары, качания или движения вверх и вниз.

Другие поведенческие симптомы. Типичной трудностью в поведении этих аутичных детей в раннем возрасте является гиперкинез. Наблюдаются также агрессивность и вспышки гнева, часто без видимой причины, или они возникают при каких-то переменах или требованиях. Поведение с самоповреждением включает удары головой, кусание, царапанье и вырывание волос. Кратковременные периоды неспособности к концентрации внимания, или же полная неспособность сосредоточиться на задании, бессонница, проблемы с питанием, энурез и энкопрез также наблюдаются довольно часто.

Интеллектуальные особенности. Около 40% детей с инфантильным аутизмом имеют показатели IQ ниже чем 50—55 (умеренная, тяжелая или глобальная отсталость); 30% имеет показатели от 50 до приблизительно 70 (легкая отсталость) и 30% имеет показатели 70 или более. Эпидемиологические и клинические исследования указывают, что риск аутизма возрастает по мере того, как снижается IQ. Около $^{1}/_{5}$ аутичных детей обнаруживают трудности в области вербальной функции и абстрактных занятий, в то время как зрительно-пространственные функции или механическая память не нарушены, что может указывать на большой удельный вес дефекта в функциях, связанных с вербализацией.

У некоторых аутичных детей обнаруживаются необычные подсознательные когнитивные или зрительно-моторные способности. Они могут существовать даже в ситуации глобального отставания всех функций, и о них иногда говорят, что они имеют «осколки функций» или «островки преждевременной зрелости». Возможно, наиболее удивительным примером идиота-ученого являются личности, имеющие прекрасную механическую память или выдающиеся способности к арифметическим действиям. Здесь специфические способности обычно сильно превышают типичные для нормальных сверстников. Другие выдающиеся способности у маленьких аутичных детей включают раннюю способность хорошо читать (хотя они не могут понять то, что читают), запоминание и воспроизведение и музыкальные способности (пение или распознавание различных музыкальных мелодий).

Дифференциальный диагноз

Самый основательный дифференциальный диагноз проводится с шизофреническим расстройством, возникающим в раннем детском возрасте, умственной отсталостью с нарушениями поведения, расстройством развития языковой функции (рецептивный тип),врожденной глухотой и дезинтегративным психозом (регрессивного типа).

Поскольку у детей с первазивными расстройствами развития обычно бывает много сопутствующих нарушений, Michael Rutter предложил многоступенчатый подход к постановке дифференциального диагноза. Ниже приведена техника дифференциального диагноза по многоосевой системе:'

1. Определение уровня интеллектуального развития;
2. Определение уровня развития языка;
3. Рассмотрение вопроса о том, является ли поведение ребенка адекватным для
   а) хронологического возраста;
   б) умственного возраста;
   в) языкового возраста;
4. Если соответствия нет, рассматривайте дифференциальный диагноз психического расстройства на основании
   а) паттерна социального взаимодействия;
   б) паттерна языка;
   в) паттерна игры;
   г) других видов поведения;
5. Определите, какие физические заболевания могут иметь отно шение;
6. Рассмотрите, имеются ли какие-либо релевантные психологи ческие факторы.

Шизофреническое расстройство, начавшееся в детстве. В то время как инфантильному аутизму посвящено огромное множество литературных исследований, только очень немного данных касается детей до 12 лет, которые отвечают критерию шизофренического расстройства DSM-III-R. Детская шизофрения редко встречается в возрасте до 5 лет. Она сопровождается галлюцинациями или бредом; припадки встречаются редко, а умственная отсталость и IQ имеют более ровные величины, чем у аутичных детей.

Умственная отсталость с нарушением поведения. Около 40% аутичных детей поражены умеренно, тяжело или тотально умственной отсталостью, а умственно отсталые дети могут обнаруживать нарушения поведения, включающие аутисти-ческие особенности. DSM-III-R утверждает, что когда имеются оба расстройства, следует ставить два диагноза. Основные особенности, которые помогают дифференцировать детей аутичных и детей с умственной отсталостью, следующие: 1) умственно отсталые дети обычно относятся ко взрослым и другим детям в соответствии со своим возрастом; 2) они используют язык, которым они владеют, для общения с другими; 3) у них имеет место относительно ровный профиль задержки без «осколков» усиленных функций.

Нарушение развития языка: рецептивный тип. Имеется подгруппа детей, которые обладают чертами, подобными аутизму, и могут создавать диагностические трудности. В табл. 23 суммированы основные различия между этими двумя расстройствами.

Таблица 23. **Инфантильный аутизм и расстройство развития речи: рецептивный тип (сопоставление)**

Критерии	Инфантильный аутизм	Расстройство развития речи
Распространенность	2—4:10000	5:10000
оотношение полов (М:Ж)	3—4:1	Одинаковое или почти одинаковое
емейный анамнез задержки речи и языковых проблем	Имеют место приблизи	ительно в 25% случаев
Сопутствующая глухота	Очень редко	Нередко
евербальная коммуникация (жесты и т.д.)	Отсутствует или рудиментарная	Имеется
зыковые отклонения (например, эхолалия, стереотипные фразы вне контекста)	Более часто	Менее часто
роблемы с артикуляцией	Менее часто	Более часто
Уровень интеллекта	Часто сильно снижен	Хотя может быть нарушен, но не часто сильно
Паттерны по тестам I. Q.	Неровные, ниже по вербальным показателям, чем при дисфазии; по субтестам на понимание ниже, чем при дисфазии	Более ровные, хотя вербальный I. Q. ниже, чем I. Q. на практическое выполнение задания
Аутичное поведение, нарушение социальной жизни, стереотипная и ритуальная деятельность	Более частый и более тяжелый	Отсутствует или, если имеется, менее тяжелое
Игра на воображение	Отсутствует или рудиментарный	Обычно имеет место

Приобретенная афазия с конвульсиями. Приобретенная афазия с конвульсиями является редким состоянием, и иногда трудно выявляется разница между ним и аутистическим расстройством или дезинтегративным психозом. Дети, страдающие этим расстройством, в течение нескольких лет развиваются нормально, перед тем, как начинают утрачивать свой рецептивный и экспрессивный язык в течение недель или месяцев. У большинства из них развиваются отдельные припадки и выявляются нарушения на ЭЭГ вначале, которые, как правило, потом проходят. Глубокое расстройство понимания языка наступает вслед за этими начальными симптомами; оно характеризуется наличием патологического речевого паттерна и речевыми нарушениями. Некоторые дети выздоравливают, но со значительными резидуальными нарушениями в языковой сфере.

Врожденная глухота или тяжелые нарушения способности слышать. Из-за того, что аутичные дети часто немы или обнаруживают избирательное отсутствие интереса к разговорному языку в детстве, часто думают, что они глухие. Дифференцирование может быть основано на следующем: аутичные дети только редко лепечут, тогда как у глухих детей отмечается относительно нормальное лепетание, которое затем постепенно слабеет и может прекратиться в возрасте между 6 мес и 1 годом. Глухие дети отвечают только на громкие звуки, тогда как аутичные дети могут игнорировать громкие или нормальные звуки и отвечать только на мягкие и тихие звуки. Наиболее важно, что аудиограмма и вызванные потенциалы указывают на значительную потерю слуха у глухих детей. В отличие от аутичных детей, глухие дети обычно жаждут общения с родителями, ждут их ласки и стремятся на руки.

Психосоциальная депривация. Тяжелые нарушения в физическом и эмоциональном развитии (например, лишение матери, психосоциальное недоразвитие, госпитализм и невозможность иметь нормальное детство) могут обусловить появление у детей апатии, замкнутости и отчуждения. Языковые и двигательные навыки могут развиваться с задержкой. Эти дети почти всегда быстро поправляются, если их поместить в хорошие условия и обогащенную в психосоциальном плане обстановку, чего не отмечается у аутичных детей.

Дезинтегративный (регрессивный) психоз. Дезинтегративные психозы обычно начинаются в возрасте от 3 до 5 лет. Эти состояния встречаются даже реже, чем инфантильный аутизм. Развитие ребенка при этих расстройствах обычно в пределах нормы до начала заболевания, когда возникает тяжелая регрессия и снижение интеллекта и нарушение всех сфер поведения, что сопровождается стереотипией и манерностью. Заболевание прогрессирует в течение нескольких месяцев. Оно может наступить после легкой соматической болезни или известной вирусной инфекции. В некоторых случаях при вскрытии обнаруживаются липоидоз, лейкодистрофия, или болезнь Геллера (детская деменция).

Диагноз и прогноз

Расстройство в виде аутизма имеет хроническое течение, и прогноз должен быть осторожным. Общее мнение — аутичные дети с более высоким интеллектом IQ, превышающим 70, которые овладевают языком в возрасте 5—7 лет, имеют лучший прогноз. Результаты исследования, проведенного на взрослых, показывают, что приблизительно $^2/_3$ аутичных субъектов остаются с тяжелым дефектом, неполноценными в жизни или полузависимыми либо от своих родственников, либо от лиц, заботящихся о них в специальных учреждениях. Только 1—2% приобретают нормальное независимое положение и могут сами себя содержать, а от 5 до 20% достигают пограничного уровня. Прогноз лучше, если имеется соответствующая обстановка дома, способствующая удовлетворению потребностей ребенка в заботе и различных нуждах.

Хотя ослабление симптоматики встречается во многих случаях, часто наблюдаются также расстройства поведения с самоповреждениями или агрессивностью и регрессией. Приблизительно от 4 до 32% обнаруживают большие судорожные припадки в старшем детском или подростковом возрасте, и это отрицательно влияет на прогноз.

Лечение расстройства в виде аутизма

Цель лечения — уменьшить нарушения поведения и помочь преодолеть задержку в развитии рудиментарных или отсутствующих функций, например, языка и навыков самообслуживания. Кроме того, родители часто находятся в таком смятении, что сами нуждаются в помощи и советах.

Хороший эффект обнаружен при психотерапии, ориентированной на критику. Методы воспитания и образования, как показано последними исследованиями, являются методами предпочтения.

Структурированное, специально организованное обучение

в школе, в комбинации с действенными поведенческими методами, представляет собой наиболее эффективный метод лечения для многих аутичных детей и помогает лучше, чем другие поведенческие подходы. Исследования, проведенные с хорошим контролем, показывают, что с помощью этого метода можно добиться значительного улучшения знания языка и ослабления дезадаптивного поведения. Тщательное обучение, включая индивидуальные занятия с родителями, относительно того, как можно улучшить поведение и выработать полезные навыки у их детей, помогает и самим родителям справиться с проблемами и трудностями и детям приобрести знания языка и улучшить когнитивные и социальные сферы поведения. Однако программы обучения довольно насыщенные и требуют, чтобы родители уделяли этому много времени. Аутичным детям требуется максимально возможная организованность в обучении, и желательно, чтобы оно занимало в день столько часов, сколько ребенок может выдержать.

Хотя ни один из препаратов не оказался специфическим для этого расстройства, психофармакология является важным дополнением к всеобъемлющей лечебной программе. Введение галоперидола редуцирует как поведенческие отклонения, так и ускоряет обучение. Препарат снижает гиперреактивность, стереотипии, замкнутость, суетливость, патологическое взаимодействие с предметами, раздражительность и лабильность аффекта. Это подтверждает, что разумное использование галоперидола может оказаться эффективным и дать хороший долговременный прогноз. При тщательном клиническом контроле поздняя и инвализирующая гиперкинезии и патологическая замкнутость наблюдаются не часто, и, по имеющимся на сегодня данным, они обратимы.

Фенфлурамин, препарат с антисеротонинергическими свойствами, влияет на поведение и аутизм, редуцируя эти проявления, как становится ясно из рассмотрения клинических случаев, в которых отмечается хороший эффект этого препарата при лечении аутичных детей.

ПЕРВАЗИВНОЕ РАССТРОЙСТВО РАЗВИТИЯ, НИГДЕ БОЛЕЕ НЕ ОПРЕДЕЛЯЕМОЕ (ДРУГОЕ НАЗВАНИЕ ОТСУТСТВУЕТ. ДНО)

Первазивное расстройство развития, нигде более не определяемое, надо диагностировать, когда ребенок обнаруживает качественные нарушения в развитии социальных взаимоотношений и вербальных и невербальных способностей к общению, но не отвечает критериям для расстройства в виде аутизма, шизофрении или шизотипальных или шизоидных особенностей личности. У некоторых детей с этим диагнозом может обнаруживаться выраженное сужение круга интересов и деятельности. При этих расстройствах обычно имеет место лучший прогноз, чем при расстройстве в виде аутизма.

Лечение первазивных расстройств развития, ДНО

Этим детям требуется широкий эго-воспитательный подход, который помогает развитию определенных адаптивных навыков. Эффект поведенческой терапии заключается в подавлении специфических нарушений поведения, включая социальные взаимодействие и реакции, способность к подражанию и общение.

Большие транквилизаторы применяются для воздействия на специфические нарушения поведения, например, хлорпромазин — для снижения гиперактивности, трифлуоперазин—для преодоления выраженной апатии и гипоактивности. Однако эти препараты не всегда оказывают хороший эффект на общее состояние ребенка с первазивными расстройствами развития или с детской шизофренией или же на прогноз течения расстройства в целом. Аллопуринол в сочетании с диетой с низким содержанием пурина у больных с гиперурикозурией в некоторых случаях бывает эффективным.

При выполнении терапевтической программы следует выделить специфические нарушения в развитии ребенка и организованности мышления, ощущений и социальных реакций и попытаться улучшить навыки в тех областях, где имеются нарушения. С помощью психотерапии можно улучшить язык ребенка, мышление и социальное реагирование перед тем, как приступить к разрешению внутренних эмоциональных и мотивационных конфликтов.

Образование у таких детей должно строиться по строго очерченной программе, причем терапевтическое воздействие должно разрабатываться для каждого дня и длиться в течение продолжительного отрезка времени. Случайные, нерегулярные или нечастые занятия взрослых с такими детьми не эффективны. Помощь детям и их семьям должна оказываться как можно раньше.

Изменения в терапевтической программе также иногда бывают полезными. Так, иногда можно помещать ребенка в стационар и отрывать от семьи на некоторое время. В других случаях помогают специализированные школы в дневное время.

ШИЗОФРЕНИЯ, НАЧИНАЮЩАЯСЯ В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ

Многие факты указывают на то, что шизофрения является отдельным заболеванием. Глубокие нарушения у очень маленьких детей могут проявляться ограниченными способами. Небольшая подгруппа аутичных детей может оказаться больными шизофренией с очень ранним началом, когда дети еще не достигли стадий развития, на которых симптомы могут оказаться достаточно выраженными для того, чтобы поставить диагноз шизофрения. В небольшом числе работ отмечается, что иногда дети, которые, будучи очень маленькими, отвечают критериям инфантильного аутизма, в дальнейшем начинают отвечать критериям шизофрении; возможным исключением является отсутствие ухудшения по сравнению с предыдущими уровнями развития функций.

Таблица 24. Инфантильный аутизм и шизофрения (сопоставление)

Критерии	Инфантильный аутизм	Шизофрения (начало перед пубертатом)
Возраст начала	До 36 мес	Не раньше чем в 5 лет
Распространенность	2-4:10000	Неизвестно, может быть такая же или реже
Соотношение полов (М:Ж)	3-4:1	1,67:1 (почти одинаковое, или слегка выше у мужчин)
Семейный анамнез шизофрении	Не было или по-видимому не было	Была
Социальный класс	Преобладание низших классов	Более часто возникает в низших классах
Пре- и перинатальные осложнения и церебральная дисфункция. Поведенческие характеристики	Несоответствие в развитии; отсутствие речи или эхолалия; стереотипные фразы; отсутствие или плохое понимание языка; настаивание на однообразии и стереотипии	Галлюцинации и бред, расстройство мышления
Адаптация	Обычно всегда нарушена	Нарушение
Уровень интеллекта	В большинстве случаев субнормальный, часто значительно нарушен (70% < 70)	Обычно в пределах нормы, на грани нижней нормы (15% < 70)
Паттерн I. Q.	Выраженная неровность	Более ровный
Малые припадки и припадки	4—32%	Отсутствие или малая распространенность

Соответственно DSM-III-R шизофрения, появляющаяся в детском возрасте, проявляется странностями в поведении, обычно с галлюцинациями, бредом и неадекватными ассоциациями или нарушением связности мышления. Галлюцинации и бред исключают диагноз расстройства в виде аутизма. Более того, во время некоторых фаз заболевания при шизофрении может иметь место снижение уровня развития некоторых функций по сравнению с более ранним периодом в таких областях, как работа, социальные контакты и забота о самом себе.

Шизофрению следует дифференцировать от инфантильного аутизма (табл. 24). Большинство аутичных детей имеют нарушения в адаптивных функциях, начиная с раннего возраста и далее. Начало всегда бывает в возрасте до 3 лет, тогда как шизофрения обычно начинается в подростковом или юношеском возрасте. Случаев начала шизофрении до 5 лет практически нет, но у детей моложе 12 лет шизофрения иногда диагностируется.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

Anderson L. T., Campbell M., Grega D.M. et al. Haloperidol and infantile autism: Effects on learning and behavior symptoms.— Am. J. Psychiatry, 1984, 141, 123.

DeMyer M. K., Hintgen J. N.. Jackson R. K. Infantile autism reviewed: A decade of research.— Schizo Bull., 1981, 7, 388.

Fish B., Ritvo E.R. Psychoses ofchildhood.— In: Basic Handbook of Child Psychiatry, vol. 2/Ed. J. D. Noshpitz, p. 249. Basic Books, New York, 1979.
Folstein S., Rutter M. Infantile autism: A genetic study of 21 twin pairs.—J. Child. Psychiatry, 1977, 18, 297.
Green W.H., Campbell M., Hardesty A.S. et al. A comparison of schizophrenic and autistic children.—J. Am. Acad. Child Psychiatry, 1984, 23, 399.
Hermelin B. Coding and the sense modalities.— In: Early Childhood Autism: Clinical, Education and Social Aspects, ed. 2/Ed. L. Wing, p. 35. Pergamon, Oxford, England, 1976.
Ritvo E. R., Freeman B. J., Geller E., Yuwiler A. Effects of fefluramine on 14 outpatients with the syndrome of autism.—J. Am. Acad. Psychiatry, 1983, 22, 549-558.
Rutter M. Cognitive defects in the pathogenesis of autism.— J. Child. Psychol. Psychiatry, 1983, 24, 513.
Rutter M. Infantile autism and other pervasive developmental disorders.— In: Childhood Adolescent Psychiatry: Modern Approaches, ed. 2/Eds. M. Rutter, L. Hersov, p. 545. Blackwell Scientific Publications, Oxford, England, 1985.
Rutter M. The treatment of autistic children.—J. Child. Psychol. Psychiatry, 1985, 26,193.

Глава 28
СПЕЦИФИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА РАЗВИТИЯ

28.1. НАРУШЕНИЕ РАЗВИТИЯ СПОСОБНОСТИ К АРИФМЕТИЧЕСКОМУ СЧЕТУ

ВВЕДЕНИЕ

Нарушение развития способности к арифметическому счету является одним из нарушений, относящихся к способности к обучению, которое в DSM-III-R обозначено как категория специфических расстройств развития. В прошлом это расстройство было известно под разными названиями: акалькулия, дискалькулия и нарушение способности к арифметическому счету.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ

Нарушение способности к арифметическому счету имеет следующие клинические особенности и критерии: ежедневные дела, связанные с выполнением арифметических действий, выполняются субъектом ниже его или ее интеллектуальных возможностей, и это нарушение подтверждается стандартизированными тестами. Ниже приведены диагностические критерии при нарушении способности к арифметическому счету: А. Выполнение арифметических действий, как показывают стандартизированные, индивидуально предъявляемые тесты, значительно ниже ожидаемого уровня, принимая во внимание уровень образования субъекта и интеллектуальные возможности, тестируемые по индивидуально предъявляемому IQ. Б. Нарушение, отмеченное в А, значительно препятствует успеваемости или прогрессу в повседневной жизни, требующей выполнения арифметических действий. В. Не связано с дефектами в области зрения или слуха или с неврологическим расстройством.

В соответствии с DSM-III-R имеется множество способностей, которые могут быть нарушены при специфическом нарушении арифметического счета, включая лингвистические способности (такие, как понимание или называние математических терминов, понимание или называние математических операций или концепций и превращение письменных задач в математические символы), перцептивные способности (такие, как распознавание или

чтение цифровых символов или арифметических знаков и объединение предметов в группы), способность к концентрации внимания (например, правильно переписать цифры, запомнить цифры, которые были «в уме», и следить за знаками действий, которые следует выполнить) и математические способности (такие, как последовательность выполнения математических операций, счет предметов и выучивание таблиц арифметических действий).

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ

Частота возникновения нарушений способности к арифметическому счету неизвестна, но они встречаются реже, чем нарушение способности к чтению. Неизвестно также, у кого они чаще встречаются — мальчиков или девочек. Общепринято, что некоторые дети рождаются с исключительно выраженным талантом к математике и обнаруживают значительные способности к математике с раннего детства. Это указывает на возможность рождения детей также с плохими способностями к овладению арифметикой.

ЭТИОЛОГИЯ

Причина нарушений способности к арифметическому счету неизвестна. В более ранних теориях высказывалось предположение, что в правом полушарии мозга, в частности, в затылочной доле, имеет место неврологическое нарушение. Эти области «ответственны» за переработку зрительно-пространственных стимулов, которые в свою очередь «ответственны» за математические способности. Однако эта теория не подтвердилась в последних нейропсихиатрических исследованиях.

Современная точка зрения на этиологию — многофакторность. Зрелость, когнитивные, эмоциональные, социально-экономические факторы и образование играют свою роль в развитии данного расстройства и его выраженности.

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ

В большинстве случаев нарушение способности к арифметике может быть диагностировано во втором и третьем классе школы. У пораженных детей способность к овладению простыми арифметическими действиями, например счетом или прибавлением даже единиц, значительно ниже ожидаемых норм, тогда как в других областях дети обнаруживают нормальные способности.

Во время первых трех лет средней школы ребенок с нарушением способности к арифметическому счету может обнаружить определенный прогресс, опираясь на свою механическую память. Но вскоре, по мере того, как арифметика становится более сло-

жной и требуются более высокие уровни различения и оперирования пространственными и цифровыми отношениями, наличие расстройства становится все более явным.

Некоторые исследователи подразделяют расстройство на несколько субкатегорий: 1) трудности в осознанном овладении счетом; 2) трудность в овладении кардинальными и ординарными системами; 3) трудность в выполнении арифметических операций; 4) трудность в объединении предметов в группы. Кроме того, трудности могут иметь место в понимании вербальных и зрительных символов, запоминании последовательных шагов арифметических операций, понимании устойчивости количества и нахождении принципов решения задач. При этом у детей сохраняются хорошие слуховые и вербальные способности.

Связь между нарушением способности к счету и другими, языковыми нарушениями и нарушениями общей успеваемости еще не вполне ясна. Хотя дети с нарушением развития языковых способностей, рецептивных или экспрессивных, не обязательно страдают нарушением способности к счету, оба эти расстройства часто сосуществуют, поскольку оба связаны с нарушением процесса кодирования и декодирования.

У некоторых детей с нарушениями арифметических способностей отмечаются также трудности в обучении чтению и правописанию. Дети с церебральным параличем могут иметь нарушение арифметических способностей при сохранности интеллекта в других сферах.

Сопутствующие особенности включают расстройства развития в определенных областях, в успеваемости, не связанной с арифметическими способностями, и вторичные поведенческие и эмоциональные нарушения. Еще имеют место рецептивные расстройства языка, нарушения способности к чтению, нарушение развития экспрессивной памяти и дефицит внимания. Часто у детей младшего школьного возраста с нарушением арифметических способностей эти сопутствующие нарушения являются основной жалобой. При обследовании таких детей надо выяснять, действительно ли нарушение арифметических способностей является первичным расстройством или оно сопутствует другому расстройству развития.

ТЕЧЕНИЕ И ПРОГНОЗ

Нарушение арифметических способностей обычно становится явным примерно у детей 8-летнего возраста (третий класс). У некоторых детей это расстройство проявляется раньше (первый класс) или может не обнаруживаться до 10 лет (пятый класс) или даже позже. На сегодня немного исследований посвящено изучению особенностей нарушения развития определенных способностей и академической успеваемости у детей, которым ставится

этот диагноз в младшем школьном возрасте. Однако нелеченые дети с умеренным нарушением арифметических способностей или те, у которых не удается преодолеть это нарушение занятиями с репетиторами, могут обнаруживать осложнения, которые включают значительное отставание в успеваемости, слабую выраженность концепции своего «Я», депрессию и фрустрацию. Это может приводить к отказу от посещения школы, прогулам или нарушениям поведения.

ДИАГНОЗ

В типичных случаях нарушения развития арифметических способностей тщательное исследование успеваемости в школе позволяет выявить это расстройство в раннем детском возрасте. Точный диагноз можно поставить после того, как будут проведены арифметические тесты и их показатели окажутся намного ниже ожидаемого уровня, причем даются стандартизированные тесты на интеллект для определенного школьного возраста. Первазивное расстройство личности или умственная отсталость должны быть исключены, прежде чем подтвердится первичный диагноз нарушения развития арифметических способностей.

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ

Нарушение арифметических способностей имеет место при умственной отсталости, где оно сопровождается глобальным нарушением интеллекта в целом. В обычных случаях, при легкой умственной недостаточности, арифметические способности могут быть значительно ниже ожидаемого уровня, если учесть возраст ребенка и его обучение. В таких случаях требуется дополнительное исследование нарушения арифметических способностей, поскольку лечение нарушения арифметических способностей очень важно для дальнейшей жизни ребенка — в том смысле, что поможет ему найти лучшую работу, чем при плохих способностях. Однако и при неадекватном обучении способности ребенка к арифметике остаются на низком уровне, о чем можно судить по показателям тестов. В этих случаях дифференциальному диагнозу помогает обследование других детей этого же класса: если и у них плохие успехи по арифметике — виновато преподавание. При нарушении арифметических способностей могут иметь место нарушения поведения и дефицит внимания с гиперактивностыо и их следует исключить как первичное заболевание.

ЛЕЧЕНИЕ

В настоящее время наиболее эффективным лечением нарушения арифметического счета является корригирующее обучение. Относительно эффективности различных методов этого обучения

существует много противоречий. Однако единодушное мнение отмечается по вопросу о том, что только в том случае, если методы лечения и пособия отвечают запросам данного ребенка, они могут оказаться полезными для обучения; должен приниматься во внимание подтип расстройства и тяжесть имеющихся нарушений, а также конкретная программа обучения. Проект MATH с самоинструктированием и групповым инструктированием при обслуживании обучения оказался успешным для некоторых детей, страдающих нарушением арифметических способностей. Плохая координация, которая может сопровождать это расстройство, требует физической терапии и сенсорной интеграции активности.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

Badian N.A. Dyscalculia and nonverbal disorders of learning.— In: Progress in Learning Disabilities, vol. 5/Ed. H. R. Myklebust. Grune aand Stratton, New Yok, 1983.

Johnson D., Myklebust H. Learning Disabilities: Educational Principles and Practices. Grune and Stratton, New York, 1967.

Kosc L. Neuropsychological implications of diagnoses and treatment of mathematical disabilities.— Top. Lang. Learn. Disord., 1981, 1, 19.

McCleod T. M., Crump W. D. The relationship of visuospatial skills and verbal ability to learning dsabilities in mathematics.— J. Learn. Dis., 1978, 11, 237.

McEntire E. Learning disabilities and mathematics.— Top. Learn. Disabil., 1981, 1, 1.

Rourke B. P., Strong J. D. Subtypes of reading and arithmetic disabilities: A neuropsychological analysis.— In: Developmental Neuropsychiatry/Ed. M. Rutter, p. 473. Guilford Press, New York, 1983.

Yule W., Landsdown R., Urbanowicz M. Predicting educational attainment for WISC-R in a primary school sample.— Brit. J. Psychol., 1982, 21, 43.

28.2. РАССТРОЙСТВО РАЗВИТИЯ ЭКСПРЕССИВНОГО ПИСЬМА

ВВЕДЕНИЕ

Способность трансформировать свои мысли в письменную форму—в слова и предложения —требует мультимодальной сенсомоторной координации с довольно раннего возраста. Это нарушение, проявляющееся в младших классах школы, затем в высшей школе и, наконец, во взрослом возрасте, может становиться угрожающим в отношении возможности достижения успехов пораженным субъектом, его способности занять выгодное место и заниматься интеллектуальной деятельностью.

Расстройство развития экспрессивного письма составляет новую категорию заболеваний в DSM-III-R. С клинической точки зрения, расстройство рассматривается как отчетливое и специфическое нарушение развития.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ

DSM-III-R определяет расстройство развития экспрессивного письма как нарушение способности к обучению, впервые проявляющееся в детстве, характеризующееся плохими успехами в области овладения письмом и композицией (правописание слов и выражение мыслей), если принять во внимание интеллектуальные способности и образование субъекта. Уровень измеряется стандартизированным тестом, по которому показатели субъекта ниже ожидаемых.

Это расстройство не связано с дефектом в области слуха или зрения или же с неврологическим расстройством. Ниже приводятся диагностические критерии для диагностического расстройства экспрессивного письма: А. Способность к письму, измеренная по стандартному, индивидуально предъявляемому тесту, значительно ниже ожидаемого уровня, учитывая образование и интеллектуальные способности ребенка (определяемые при индивидуальном предъявлении теста IQ). Б. Нарушение А. значительно влияет на достижения в учебе или удовлетворение ежедневных нужд, требующих составления текстов в письменной форме (правописание слов и выражение мыслей в виде грамматически верных предложений и организации абзацев). В. Не связано с дефектом остроты зрения или слуха или с неврологическим расстройством.

Данный диагноз может быть поставлен только если нарушение очень значительное и препятствует успехам в учебе или удовлетворению повседневных нужд, требующих способностей в экспрессивном письме.

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ

Точные цифры относительно частоты нарушений экспрессивного письма отсутствуют. Однако клинические особенности этого расстройства часто проявляются у лиц, которые страдают также расстройством в области рецептивного или экспрессивного языка или расстройством чтения. Оказывается, что разницы в частоте этих случаев у мужчин и женщин нет. Имеются некоторые указания, что пораженные субъекты более часто происходят из семей, среди членов которых отмечается это расстройство.

ЭТИОЛОГИЯ

Расстройство развития экспрессивного письма является новым типом нарушения, которое лишь недавно стало изучаться. Психиатры стали лучше знать это расстройство и больше им интересоваться из-за его побочных действий — последствием его является некомпетентность субъекта в письме, от которой он очень страдает.

Согласно одной этиологической гипотезе, расстройство развития экспрессивного письма является результатом сочетанного влияния одного или более из следующих нарушений: расстройство развития экспрессивного языка, расстройство развития рецептивного языка и расстройство чтения. Эта теория допускает, что в центральных областях, перерабатывающих информацию, могут быть неврологические или когнитивные эффекты.

На основе эмпирических данных высказано предположение, что может иметь место наследственное предрасположение и что у большинства детей с этим расстройством имеются родственники с таким же нарушением.

Характеристики темперамента могут играть определенную роль в расстройстве экспрессивного письма, особенно важна роль таких явлений, как кратковременное отключение внимания и легкая отвлекаемость.

КЛИНИЧЕСКИЕ СВОЙСТВА

Дети с расстройством экспрессивного письма обнаруживают затруднения в младших классах школы при правописании слов и выражении своих мыслей в соответствующих возрасту грамматических формах. Их предложения, в устной или письменной форме, содержат слишком много грамматических ошибок и плохо организованы по смыслу. Во время учебы во втором классе и позже эти дети, как правило, делают ошибки в написании коротких предложений. Например, они часто не могут, несмотря на постоянные напоминания, писать первое слово предложения с заглавной буквы и заканчивать предложение точкой.

По мере того как они становятся старше и учатся в более старших классах, предложения, которые эти дети произносят Или пишут, становятся подозрительно короткими, примитивными, странными и не достигают уровня, который от этих детей ожидается. Выбор слов у них ошибочный и неадекватный, абзацы дезорганизованы и непоследовательны, и им становится все труднее правильно писать слова, по мере того как словарный запас становится более абстрактным и большим по числу и сложности.

Сопутствующими особенностями являются нарушение экспрессивного письма, включающее отказ или нежелание ходить в школу и выполнять домашние задания в письменной форме, плохая успеваемость в других областях (например, математике), общая утрата интереса к школе, прогулы и расстройства поведения.

Большинство детей с этим расстройством обнаруживает фрустрацию и гнев по отношению к своей неспособности и неуспеху в школе. Поэтому у них может развиваться хроническая депрессия как результат повышения чувства изоляции, отчуждения и отчаяния.

Взрослые с расстройством экспрессивного письма, которым не была оказана своевременная помощь в виде коррекции обучения, продолжают страдать от этого расстройства, не способны к социальной адаптации и не могут овладеть профессиями, где необходимо умение правильно писать, а также страдают от чувства некомпетентности, неполноценности, изоляции и отчуждения. Некоторые из них пытаются избегать писать, откладывают даже написание писем или простых поздравительных открыток из-за боязни обнаружить свой недостаток. Когда их приспособительный механизм ослабевает, психопатологические проявления становятся тяжелее. Большинство из них выбирает профессии, где писать приходится минимально, например, торговлю, работу сторожа или другую работу в сфере обслуживания; очень редко они находят социально более высокую работу, требующую способности хорошо писать. Типичными сопутствующими расстройствами являются нарушение чтения, нарушение рецептивного и экспрессивного языка, арифметических способностей и расстройства поведения со склонностью к насилию.

ТЕЧЕНИЕ И ПРОГНОЗ

В тяжелых случаях расстройство становится очевидным в возрасте 7 лет (второй класс); в менее тяжелых случаях его можно не распознать до 10 лет (пятый класс) или позже. Большинство субъектов с легкой и умеренной степенью расстройств экспрессивного письма успевают неплохо, если они вовремя получают корригирующую терапию. Тяжелые расстройства требуют обширной корригирующей терапии; соответствующее обучение должно проводиться длительно в старших классах школы, а иногда и в колледже.

Прогноз зависит от тяжести расстройства, возраста и класса, когда начато корригирующее обучение, продолжительности и последовательности лечения, наличия или отсутствия сопутствующей патологии или вторичных поведенческих или эмоциональных расстройств.

Те субъекты, которые впоследствии обнаруживают хорошую компенсацию, или те, которые полностью избавляются от расстройства экспрессивного письма, обычно относятся к семьям с более высоким социально-культурным уровнем.

ДИАГНОЗ

Диагноз ставят на основании плохих успехов в составлении письменного текста. Возможности субъекта значительно ниже его интеллектуальных способностей, что подтверждается при предъявлении стандартизированного теста на экспрессивное письмо. Наличие основного расстройства, такого, как первазивное рас-

строиство развития или умственная отсталость, делает постановку диагноза легче. Другие расстройства, которые следует дифференцировать с расстройством развития способности к письму, это расстройство развития экспрессивного и рецептивного языка, расстройство чтения и нарушение слуха и зрения.

Дислексия характеризует неспособность к чтению, а дисграфия — неспособность к письму. С точки зрения процедуры диагностики необходимо, чтобы каждый субъект, у которого подозревается наличие расстройства экспрессивного письма, сначала был обследован с помощью стандартизированного теста на интеллект (тест Векслера для детей или тест Векслера для взрослых) для того, чтобы определить его интеллектуальные способности перед тем, как предъявлять стандартизированный тест на экспрессивное письмо.

ЛЕЧЕНИЕ

Самое лучшее лечение на сегодня—корригирующее обучение, хотя относительно эффективности различных способов обучения имеются противоречия. Интенсивно и длительно проводимая в индивидуальном порядке терапия экспрессивным и творческим письмом оказывает наилучший эффект.

Терапия этого расстройства включает выработку оптимальных отношений врач — больной, как и в психотерапии. Успех или неудача в поддержании мотивации у субъекта сильно влияют на эффективность терапии.

Сопутствующие и вторичные эмоциональные и поведенческие проблемы надо также учитывать и при необходимости назначать психиатрическое лечение и консультацию родителям.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

Johnson D., Myklebust H. Disabilities: Educational Principles and Practices. Grune and Stratton, New York, 1967.

Orton S. Reading, Writting, and Speech Problems in Children. Norton, New York, 1937.

Persell C. H. Education and Inequality: A Theoretical and Empirical Synthesis. Free Press, New York, 1977.

Weiss C.E., Lilly white H.S. Communicative Disorders: Prevention and Early Intervention. iWosby, St. Louis, 1981.

28.3. РАССТРОЙСТВО РАЗВИТИЯ СПОСОБНОСТИ К ЧТЕНИЮ

ВВЕДЕНИЕ

Расстройство развития способности к чтению, которое включает задержку и нарушение этой способности, определяется различными терминами, что иногда вносит изрядную путаницу:

алексия, дислексия, расстройство развития письма, отсталость в чтении, специфические трудности при чтении и развитие слепоты на слова. Несмотря на десятилетия исследований, относительно патогенеза, природы и эффективности лечения этого заболевания все еще существует много противоречивых мнений.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ

Расстройство развития письма характеризуется выраженным нарушением в развитии распознавания слов и понимания письма, которое нельзя объяснить за счет умственной отсталости или неадекватного обучения и которое не является результатом дефекта слуха или зрения или же неврологического расстройства. Согласно DSM-III-R диагноз ставят только в том случае, если это нарушение значительно влияет на успеваемость или на нужды повседневной жизни, требующие навыков чтения. Это расстройство называется также дислексией.

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ

Установлено, что в США от 2 до 8% детей школьного возраста страдает этим расстройством. Нарушение способности к чтению в 2—4 раза чаще встречается у мальчиков, чем у девочек. У взрослых (в форме нарушения способности к чтению или отставании в области чтения) в числе случаев данного расстройства у мужчин и женщин разницы нет.

ЭТИОЛОГИЯ

Расстройство развития способности к чтению чаще встречается у членов отдельных семей, чем у населения в целом, что позволяет сделать заключение, что это расстройство может быть генетически обусловленным. Однако исследования семей и близнецов еще не предоставили достаточно убедительных данных, которые могли бы подтвердить эту гипотезу.

Еще в 1930-х годах исследователи пытались объяснить нарушение развития способности к чтению на модели функции мозговых полушарий, которая указывала на положительные корреляции нарушения способности к чтению с леворукостью, преобладанием левого глаза или смешанной латерализацией. Но последующие эпидемиологические исследования не подтвердили значимых корреляций между расстройством способности к чтению и доминированием правой или левой руки или глаза. Однако можно убедиться в том, что дети, страдающие нарушением способности к чтению, часто путают правую и левую стороны. В результате обратного характера церебральной асимметрии может иметь место перемещение языковой латерализации в мозговое полуша-

рие, которое менее дифференцировано в отношении выполнения языковой функции, что может оказывать влияние на нарушение развития способности к чтению.

Отмечаются частые нарушения способности к чтению у детей, перенесших церебральный паралич и имеющих нормальный интеллект. Несколько более часто это расстройство встречается также у детей, страдающих эпилепсией. Осложнения во время беременности, пренатальные и перинатальные осложнения, включающие недоношенность, малая масса тела при рождении являются типичными для детей, у которых в дальнейшем отмечаются расстройства развития способности к чтению.

Вторичные нарушения чтения могут быть у детей с постнатальными органическими поражениями в левом полушарии, в результате которых имеет место слепота в правом поле зрения. Они могут быть также у детей с нарушениями в области мозолистого тела, которые блокируют передачу зрительной информации из непораженного правого полушария в «языковое» левое полушарие.

Нарушение развития способности к чтению может быть одним из проявлений задержки развития или задержки в созревании. С расстройством развития способности к чтению тесно связаны нарушения темперамента. По сравнению с детьми, у которых нет задержки развития чтения, дети с наличием такой задержки часто отвлекаются, и у них иногда бывают кратковременные отключения внимания.

В некоторых исследованиях высказывается предположение о связи нарушения питания с нарушениями когнитивных функций. Дети, которые в течение длительного времени недостаточно питаются в раннем возрасте, обнаруживают более низкие показатели по тестам на когнитивные функции. Их когнитивные функции снижены по сравнению с теми сиблингами, которые росли в той же семье, но которые не испытывали такого влияния недостаточности питания.

Тяжелые нарушения развития способности к чтению часто сочетаются с психическими нарушениями.

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ

Нарушение развития способности к чтению обычно становится очевидным к 7-летнему возрасту (второй класс). В тяжелых случаях факты, свидетельствующие о нарушении способности к чтению, могут появляться уже в возрасте 6 лет (первый класс). Иногда нарушение развития способности к чтению может быть компенсировано в течение первых классов элементарной школы, особенно когда оно сочетается с высокими показателями по шкале интеллекта. В этих случаях расстройство может не быть очевидным до 9-летнего возраста (четвертый класс).

Выработка навыков чтения представляет собой комплексную интермодальную операцию, включающую когнитивные и перцептивные процессы и требующую неповрежденной и сбалансированной функции всей центральной нервной системы. Эти компоненты включают неврологическую основу, которая является зрелой и неповрежденной, что необходимо для интеграции информации, поступающей через различные перерабатывающие системы и для передачи обратно импульсов, вызывающих нарушения; эмоциональную зрелость, которая необходима для того, чтобы уметь отложить немедленную потребность в удовольствии для получения большей длительности эффекта; достаточную свободу от конф-

ликтов, чтобы можно было сосредоточить имеющуюся энергию на выполнении задания; достаточно хорошую защиту от тревоги и систему социокультурных ценностей, согласно которой чтение является одной из важнейших функций в жизни.

Дети с нарушением способности к чтению могут делать ошибки в устном чтении. Некачественность чтения связана с пропусками, добавлениями и искажениями слов. У таких детей отмечаются затруднения в распознавании напечатанных заглавных и маленьких букв, особенно тех, которые отличаются только по длине и пространственной ориентации. Эти нарушения разбираются в напечатанном или написанном тексте и могут относиться к отдельным буквам, предложениям или даже целым фразам и страницам. Скорость чтения невысока, часто при малом понимании прочитанного. Большинство детей с нарушением развития способности к чтению могут правильно, в соответствии с возрастом, копировать с написанного или напечатанного текста, но почти все они делают ошибки в правописании.

Сопутствующие нарушения включают языковые трудности, часто проявляющиеся в нарушении распознавания звуков и последовательности слов. Дети с нарушениями чтения могут начинать слово с середины или с конца напечатанного или написанного предложения. Иногда дети меняют местами буквы, которые надо прочесть, так как они путают правую и левую стороны, и им трудно следить за последовательностью. Нарушения как воспроизведения из памяти, так и устойчивого извлечения из нее, сказываются на плохом воспроизведении имен и звуков.

Большинство детей с нарушениями письма и чтения пытаются избежать их. Их тревога возрастает при необходимости заниматься напечатанными текстами.

СОПУТСТВУЮЩИЕ ОСОБЕННОСТИ

Дефицит в распознавании экспрессивного языка и речи обычно сопутствует нарушению развития способности к чтению и может быть настолько тяжелым, что обусловливает дополнительный диагноз — нарушение развития экспрессивного и рецептивного языка. Нарушение развития экспрессивного письма также часто сочетается с нарушением способности к чтению. В некоторых случаях имеет место расхождение между показателями в вербальном и невербальном интеллектуальных тестах. Зрительно-перцептивный дефицит отмечается лишь приблизительно в 10% из этих случаев. Расстройства поведения со склонностью к насилию также могут иметь место, особенно у более старших детей и подростков.

Большинство детей с нарушениями чтения, которые не получили вовремя необходимого корригирующего обучения, испытывают чувство стыда и унижения по поводу своего недостатка и фрустрацию. Эти чувства с течением времени становятся все более сильными. Более старшие дети становятся злобными и депрессивными, причем их агрессия может быть направлена против общества и иногда приводит к расстройствам поведения.

ТЕЧЕНИЕ И ПРОГНОЗ

Даже и без коррекции многие дети с нарушениями чтения могут в незначительной степени изучить печатный текст в течение первых двух лет обучения в школе. К концу первого класса неко-

торые обучаются чтению нескольких слов. Если, однако, корригирующего обучения не будет до третьего класса, нарушения у этих детей остаются. В лучшем случае, очень рано, еще в детском саду у ребенка можно обнаружить признаки, на основании которых он входит в состав группы риска по развитию нарушения чтения, или же это происходит в первом классе.

Когда обучение начинается рано, оно иногда может окончиться к концу первого или второго класса. В более тяжелых случаях в зависимости от паттернов дефицита и его силы коррекция может быть продолжена в средних и старших классах школы. Большинство детей, которые либо обнаружили хорошую компенсацию, либо полностью выздоровели от прежнего расстройства чтения, относятся к более высоким социоэкономическим классам общества.

ДИАГНОЗ

Основной диагностической особенностью расстройства развития способности к чтению является выраженное снижение способности к чтению, которое значительно более нарушено, чем можно было ожидать на основании общих показателей интеллекта. Другая характерная черта включает нарушение воспроизведения, извлечения из памяти и составления последовательности печатных слов и букв, трудности в области переработки сложных грамматических конструкций и составлении заключения. Ниже приводятся диагностические критерии нарушения развития способности к чтению: А. Достижения в области чтения-, как показывают данные стандартизированных, индивидуально предъявляемых тестов, значительно ниже ожидаемых, учитывая образование и интеллектуальные способности субъекта (как показывают индивидуально предъявляемые тесты IQ). Б. Нарушение А значительно влияет на успехи в школе или на повседневные дела, требующие хороших навыков чтения. В. Не связано с дефектом в зрительной или слуховой сфере или с неврологическим нарушением.

Клинически бывает просто удивительно, насколько велико взаимодействие между эмоциональной сферой и специфическими нарушениями. Опыт школы и неудач, пережитых там, подтверждает существование и до этого сомнения некоторых детей относительно самих себя. Энергия этих детей настолько связана этими конфликтами, что они не в состоянии бывают развивать свои положительные качества. При психиатрическом осмотре следует оценивать необходимость соответствующего лечения и принимать решение о его назначении.

Диагноз нарушения развития способностей к чтению не может быть поставлен без подтверждения стандартизированными тестами, оценивающими успехи в чтении; следует исключить первазивное расстройство развития и умственную отсталость.

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ

Нарушения чтения могут быть первично обусловлены генерализованным расстройством в интеллектуальной сфере, что проявляется умственной отсталостью, и может быть проверено с помощью предъявления стандартизированного теста на интеллект.

Неправильное обучение в школе, обусловливающее отсутствие нормальных навыков чтения, можно диагностировать при оценке, как другие дети из этой школы справляются со стандартизированными тестами на чтение.

Нарушение способности к чтению также сопровождает другие эмоциональные и поведенческие расстройства, особенно связанные с дефицитом внимания и гиперактивностью, нарушением поведения и депрессией.

ПСИХООБРАЗОВАТЕЛЬНЫЕ ТЕСТЫ

Кроме стандартизированных тестов на интеллект, также проводят психообразовательные диагностические тесты. Диагностический комплекс тестов может включать стандартизированные тесты на правописание, написание сочинения, оценку способности к переработке и использованию устной речи, копирование текста и оценку адекватности использования карандаша. Массовые прожективные тесты могут включать изображения человеческого тела; рисунки, содержащие рассказ, и завершение начатых предложений. При оценке необходимо опираться на систематическое наблюдение за поведением.

ЛЕЧЕНИЕ

Согласно общепринятому мнению, предпочтительным методом лечения является корригирующая терапия обучением; однако при изучении результатов при лечении нарушения развития способности к чтению можно столкнуться с противоречиями, касающимися степени эффективности различных стратегий корригирующей терапии.

Одна часто используемая методика, разработанная Samuel Orton, подчеркивает важность привлечения внимания к овладению простыми фонетическими сочетаниями, за которыми следует составление слов и предложений. Рекомендуется подход, который систематически объединяет несколько направлений. Смысл этого и некоторых других подходов в том, что дети, испытывающие затруднения в овладении буквами и слогами, знают, что страдают этим недостатком в чтении, поэтому им объясняют, что если они справятся с овладением написанным, то они научатся и читать.

Как и в психотерапии, отношения врач — больной важны для успешного лечения путем корригирующего обучения.

Дети с расстройствами чтения должны обучаться в отдельном классе, приближенном к их социальному уровню и с помощью корригирующей работы в области чтения. Сопутствующие эмоциональные и поведенческие нарушения должны лечиться соответствующими психотерапевтическими способами. Хороший эффект оказывает консультация для родителей.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

Bender L. Specific reading disability as a maturational lag.— Bull. Orton Soc., 1957, 7, 9.

Benton A, Dyslexia: Evolution of a concept.—Bull. Orton Soc, 1980, 30, 10.

Benton A., Pearl D. Dyslexia: An Appraisal of Current Knowledge. Oxford University Press, New York, 1978.

Doehring D., Trites R., Patel P., Fiedorowicz C. Reading Disabilities. Academic Press, New York, 1981.

Downing J., Leong C. Psychology of Reading. Macmillan, New York, 1982.

Duffy F.H., Geshwind N. Dyslexia A Neuroscientific Approach to Clinical Evaluation. Littele, Brown, Boston, 1985.

Gaddes W. H. Learning Disability and Brain Function: A Neuropsychological Approach. Springer-Verlag, New York, 1980.

Geschwind N. Asymmetries of the brain: New development.— Bull. Orton Soc., 1979, 29, 67.

Knights R.M.. Bakker D.J. Treatment of Hyperactive and Learning Disordered Children. University Park Press, Baltimore, 1980.

Silver A. A., Hagin R.A. Scanning Instrument foi the Identification of Learning Disability. Walker Educational Book, New York, 1980.

Yule W., Rutter M. Reading and other learning difficulties.-—In: Child and Adolescent Psychiatry: Modern Approaches, ed. 2. Blackwell Scientific Publications, Oxford, England, 1985.

28.4. РАССТРОЙСТВО РАЗВИТИЯ АРТИКУЛЯЦИИ

ВВЕДЕНИЕ

Расстройство развития артикуляции характеризуется частым и повторяющимся нарушением звуков речи, в результате чего речь становится патологической. Развитие в области языка в пределах нормы. Для обозначения этих явлений применяется ряд терминов: младенческая речь, лепетанье, дислалия, функциональные расстройства речи, инфантильная персеверация, инфантильная артикуляция, задержанная речь, шепелявость, неточность устной речи, ленивая речь, специфическое нарушение развития речи, а также неаккуратная речь. В большинстве легких случаев интеллект сильно не нарушен, и возможно спонтанное выздоровление. В тяжелых случаях может быть полностью непонятная речь, что требует длительного и интенсивного лечения.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ

DSM-HI-R определяет расстройство артикуляции как значительное нарушение овладения нормальной артикуляцией звуков речи в соответствующем возрасте. Это состояние не может быть

обусловлено первазивным расстройством развития, умственной отсталостью, нарушением механизмов умственной речи или же неврологическими, интеллектуальными нарушениями и нарушениями способности слышать. Расстройство, проявляющееся частыми неправильными произношениями звуков, заменой или пропуском их создает впечатление «младенческой речи». Ниже приведены диагностические критерии для расстройства развития артикуляции. А. Значительное нарушение способности правильно использовать звуки речи, которые должны были бы уже развиться в соответствующем возрасте. Например, у трехлетнего ребенка неспособность произнести звуки п, б и т, а у 6-летнего — р, ш, ч, ф, ц и «аи». Б. Не связано с первазивными расстройствами развития, умственной отсталостью, нарушением способности слышать, расстройством механизма устной речи или неврологическим расстройством.

Это расстройство не связано с какими-либо анатомическими структурами, слуховыми, физиологическими или неврологическими нарушениями. Это расстройство относится к ряду различных нарушений артикуляции, варьирующих от легких до тяжелых форм. Речь может быть полностью понятной, частично понятной или непонятной. Иногда нарушено произношение только одного звука речи или фонемы (наименьший объем звука) или же поражаются многие звуки речи.

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ

Частота расстройств развития артикуляции установлена приблизительно у 10% детей младше 8 лет и приблизительно у 5% детей старше 8 лет. Это расстройство в 2—3 раза чаще встречается у мальчиков, чем у девочек.

ЭТИОЛОГИЯ

Причина расстройств развития артикуляции неизвестна. Обычно полагают, что простая задержка развития или задержка в созревании неврологических процессов, а не органическая дисфункция лежит в основе нарушения речи.

Непропорционально высокий уровень расстройств артикуляции обнаружен среди детей из больших семей и низких социоэкономических классов, что может указывать на одну из возможных причин — неправильная речь дома, и подкрепление недостатка со стороны этих семей.

Конституциональные факторы больше, чем факторы окружающей среды, оказывают влияние на то, что ребенок будет или не будет страдать расстройством артикуляции. Высокий процент детей с этим расстройством, у которых многие родственники страдают сходными расстройствами, может указывать на наличие генетического компонента.

Как было показано, плохая моторная координация, слабая латерализация и право- или леворукость не имеют отношения к расстройству развития артикуляции.

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ

В тяжелых случаях это расстройство распознается впервые в возрасте около 3 лет. В менее тяжелых случаях расстройство может быть неочевидным до 6-летнего возраста. Существенные особенности расстройства развития артикуляции включают артикуляцию, которая оценивается как дефектная при сравнении с говором детей того же самого возраста и которая не может быть объяснена за счет патологии интеллекта, слуха или физиологии речевых механизмов. В очень легких случаях может быть нарушение артикуляции только одной фонемы. Обычно нарушаются одиночные фонемы, те, которые осваиваются в более старшем возрасте, в процессе нормального овладения языком.

Согласно DSM-III-R, речевые звуки, которые наиболее часто неправильно произносятся, являются наиболее поздними в последовательности осваиваемых звуков (r, sh, th, f, z, I, ch) (р, ш, т, ф, з, аи, ч). Но в более тяжелых случаях или у маленьких детей может быть нарушение произношения таких звуков, как b, m, t, d, n, h (б, м, т, д, н, х). Может нарушаться произношение одного или более речевых звуков, но никогда не нарушается произношение гласных.

Ребенок с нарушением развития артикуляции не может произносить определенные фонемы правильно и может искажать, заменять или даже пропускать фонемы, которые он не может правильно произнести. При пропускании фонемы отсутствуют полностью — например, «гоой» вместо «голубой» («bu» вместо «blue», «са» вместо «car» или «whaa» вместо «what's that»). При замещении трудные фонемы заменяются на неправильные — например, «кволик» вместо «кролик» («wab-bit» вместо «rabbit», «fum» вместо «thumb» или «what dat?» вместо «what's that?»). При искажении подбираются примерно правильные фонемы, но произношение их неправильное. Изредка к фонемам что-то добавляется, обычно гласные «schwa» или «uh», например, «puhretty» вместо «pretty», «what's uh that uh?» вместо «What's that?»

Считается, что пропуски являются наиболее серьезным типом нарушения, замена— следующим по тяжести нарушением, а затем следует искажение, как наименее тяжелый тип нарушений.

Пропуски наиболее часто обнаруживаются в речи у маленьких детей и появляются в конце слов или кластеров согласных («ка» вместо «car», «scisso» вместо «scissors»).-Искажения, которые обнаруживаются в основном у старших детей, выражаются в звуках, которые не являются частью речевого диалекта. Искажения могут быть последним типом нарушения артикуляции, сохранившимся в речи детей, у которых нарушения артикуляции уже почти исчезли. Наиболее частым типом искажения является «латеральное ускользание», при котором ребенок произносит звуки с потоком воздуха, проходящим через язык, что производит свистящий эффект, а также «шепелявость», при которой формирование звука происходит при очень близком расположении языка к небу, что производит шипящий эффект. Эти нарушения часто непостоянны и случайны. Фонема в одной ситуации может произноситься правильно, а в другой — неправильно. Нарушения артикуляции особенно часто имеют место в конце слов, в длинных синтаксических комплексах и предложениях и во время быстрой речи.

Пропуски, искажения и замены также появляются у нормальных детей, обучающихся говорить, если нормальные дети быстро исправляют свое произношение, дети с расстройством развития артикуляции — нет. Даже по мере роста и развития ребенка, когда произношение фонем улучшается и становится правильным, это иногда касается только вновь познанных слов, тогда как ранее выученные неправильно слова могут по-прежнему произноситься с ошибкой.

К третьему классу дети иногда преодолевают расстройство артикуляции. Однако после четвертого класса, если ранее недостаток не был преодолен, спонтанное излечение от него маловероятно, поэтому особенно важно произвести коррекцию расстройства до развития осложнений.

В большинстве легких случаев восстановление от расстройств развития артикуляции спонтанное, и часто ему способствует поступление ребенка в детский сад или школу. Этим детям полностью показана речевая терапия, если у них нет спонтанного улучшения к третьему или четвертому классу. Для детей со значительными нарушениями произношения, с непонятной речью и особенно для тех из них, кто сильно переживает свой дефект, надо обеспечить раннее назначение терапии.

Согласно DSM-III-R, обычно имеют место и другие специфические расстройства развития, включая расстройство развития экспрессивного языка, расстройство развития рецептивного языка, расстройство чтения и расстройство развития координации. Может также быть функциональный энурез.

Задержка в развитии речи, достижения в этом развитии определенной вехи, например, произнесение первого слова и первого предложения также отмечается у некоторых детей с расстройством развития артикуляции, но большинство детей начинает говорить в обычном возрасте.

Дети с нарушением развития артикуляции могут обнаруживать множество сопутствующих расстройств социального, эмоционального и поведенческого характера. Приблизительно у '/з из этих детей отмечается наличие психического расстройства, например, гиперреактивность с расстройством внимания, расстройство в виде тревожности при разлуке с близкими, расстройство в виде избегания, нарушение адаптации и депрессия. Те дети, у которых отмечается тяжело выраженное расстройство артикуляции, или те, у которых расстройство протекает хронически, без ремиссий или повторно, составляют группу риска в отношении развития психических заболеваний.

ДИАГНОЗ

Существенной особенностью расстройства развития артикуляции является дефект артикуляции, характеризующийся устойчивой неспособностью применять в соответствии с ожидаемым уровнем развития звуки речи — некоторые согласные, включая пропуски, замены и искажение фонем, которые заучены в относительно более старшем возрасте. Это расстройство не может быть отнесено за счет структурной или неврологической патологии и сопровождается нормальным развитием языковой сферы.

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ

Дифференциальный диагноз расстройства развития артикуляции включает три стадии: во-первых, необходимо определить, что нарушение артикуляции является достаточно серьезным, чтобы считаться патологическим, и исключает нормальное нарушение произношения у маленьких детей; во-вторых, следует отметить отсутствие физической патологии, которая могла бы обусловить нарушение произношения и исключить дизартрию, нарушения слуха или умственную отсталость; в-третьих, надо установить, что экспрессивный язык выражен в пределах нормы и исключить расстройство развития языка и первазивные расстройства развития.

Приблизительно можно руководствоваться тем, что 3-летний ребенок в норме правильно произносит м, н, нг, б, п, эйч, т, к, кью и д (m, n, ng, b, p, h, t, k, q и d); нормальный 4-летний ребенок правильно произносит ф, уай, ч, ш и з (f, y, ch, sh и z), а нормальный 5-летний ребенок правильно произносит т, с и р (th, s и г).

Таблица 25. Дифференциальный диагноз нарушений артикуляции

Критерии	Нарушение артикуляции, обусловленное структурной или неврологической патологией (дизартрия)	Нарушение артикуляции, обусловленное патологией слуха
Развитие речевой функции	В пределах нормы	В пределах нормы, патология слуха тяжелая
Исследование	Возможная патология губ, языка, неба, мышечная слабость, нарушение координации или расстройство вегетативных функций, например, сосательной или жевательной	Нарушения слуха выявляются при аудиометрических исследованиях
Быстрота речи	Медленная, при увеличении беглости отмечается выраженное усиление нарушения артикуляции	В норме
Пораженные фонемы	Все фонемы, включая гласные	F, th, sh и S

Критерии	Нарушение артикуляции, связанное с патологией развития	Нарушение артикуляции, связанное с умственной ретардацией, инфантильным аутизмом, дисфазией в результате патологии развития, приобретенной афазией или глухотой
Развитие речевой функции	В пределах нормы	Выходит за пределы нормы
Исследование	В норме	
Быстрота **речи**	В норме; возможное нарушение артикуляции с увеличением беглости речи	
Пораженные фонемы	Наиболее часто поражаются: R, sh, dg, j, f, v, s	

Для исключения факторов физического характера, которые могли бы обусловить некоторые типы нарушения артикуляции, надо произвести неврологический, структурный и аудиометрический методы обследования.

Дети с дизартрией, у которых расстройство артиркуляции обусловлено структурной или неврологической патологией, отличаются от детей с расстройством развития артикуляции в том, что дизартрия крайне трудно поддается коррекции, а иногда и не поддается совсем. Бессмысленная болтовня, медленное и некоординированное двигательное поведение, нарушение жевания и глотания, а также стесненное и замедленное высовывание и втягивание языка являются признаками дизартрии. Малая скорость речи является другим признаком дизартрии (табл. 25).

ПРОГНОЗ

Выздоровление часто спонтанное, особенно у детей, у которых нарушение артикуляции включает только несколько фонем. Спонтанное выздоровление редко наступает в возрасте старше 8 лет.

ЛЕЧЕНИЕ

Речевая терапия считается более успешной для большинства ошибок артикуляции. Речевая терапия показана, когда артикуляция у ребенка такова, что речь его непонятна, когда ребенок, страдающий нарушением артикуляции, старше 8 лет, когда речевые трудности явно вызывают осложнения в обращении со сверстниками, трудности в учебе и отрицательно влияют на формирование собственного образа, когда нарушения артикуляции настолько тяжелы, что неправильно произносится много согласных, и когда ошибки включают пропуски и замены фонем, а не искажения.

Необходимо следить за отношениями ребенка со сверстниками, поведением в школе и, когда это необходимо, давать консультации родителям и назначать психиатрическое лечение.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

Bloodstein O. Speech Pathology: An Introduction. Houghton MifTlin, Boston, 1979.

Fey M., Leonard L., Wilcox K. Speech style modification in language-impaired children.—J. Speech Hearing Disorder, 1981, 46, 91.

Hixon T., Shriberg L. Introduction to Communication Disorders. Wiley, New York, 1980.

Metier J. E. Speech Disorders: Clinical Evaluation and Diagnosis. SP Medical and Scientific Books, New York, 1985.

Paul R., Shriberg L. Associations between phonology and syntax in speech delayed children.—J. Speech Hearing Res., 1982, 25, 536.

Powers M. H. Clinical and educational procedures in functional disorders of articulation.—In: Handbook of Speech Pathology/Ed. L.E. Travis, p. 877. Prentice-Hall, Englewood Cliffs, NJ, 1969.

Sander E. R. When are speech sounds learned? — J. Speech Hear. Disord., 1972, 37, 55.

Weiss C. E., Lillywhite H. S. Communicative Disorders: Prevention and Early Intervention. Mosby, St. Louis, 1981.

Wiig E., Semel E. Clinical Evaluation of Language Functions. Chas. Merrill, Columbus, OH, 1980.

Wintz H. Articulatory Acquisition and Behavior. Prentice-Hall, Englewood Cliffs, NJ, 1969.

28.5. РАССТРОЙСТВО РАЗВИТИЯ ЯЗЫКА: РАССТРОЙСТВО РАЗВИТИЯ ЭКСПРЕССИВНОГО ЯЗЫКА И РАССТРОЙСТВО РАЗВИТИЯ РЕЦЕПТИВНОГО ЯЗЫКА

ВВЕДЕНИЕ

Расстройства языка объединены в три большие категории: 1) неспособность обучиться языку, 2) вторичная, приобретенная в результате травмы или неврологического заболевания, неспособность овладеть языком, и 3) задержка в овладении языком, называемая также задержкой развития языка. Наиболее частый вид расстройств языковой сферы — расстройство развития языка, подразделяется на два подтипа: расстройство развития экспрессивного языка и расстройство развития рецептивного языка.

РАССТРОЙСТВО РАЗВИТИЯ ЭКСПРЕССИВНОГО ЯЗЫКА

Определение

Согласно DSM-III-R, существенной особенностью расстройства развития экспрессивного языка является выраженное нарушение развития экспрессивной речи, которое нельзя объяснить за счет умственной отсталости или неадекватного обучения и которое не связано с первазивным расстройством развития, нарушением слуха и неврологическим расстройством. Диагноз должен быть поставлен, только если это нарушение существенно мешает успехам в школьном обучении или нормальной повседневной жизни, которая требует выражения в вербальной (или знаковой) языковой форме. Ниже приведены диагностические критерии расстройства развития экспрессивного языка. А. Показатели, полученные путем стандартизированного измерения эксперссивного языка, существенно ниже, чем показатели, полученные по невербальным интеллектуальным способностям (определяемый по индивидуально предъявляемому тесту IQ). Б. Расстройство А значительно препятствует успехам в школе и повседневной жизни, требующей выражения в вербальной (или знаковой) языковой форме. Свидетельством этого может быть использование ограниченного словарного запаса, применение только простых предложений или использование только настоящего времени. В менее тяжелых случаях могут быть колебания или ошибки в воспроизведении некоторых слов, или ошибки в произнесении длинных или сложных предложений. В. Не связано с первазивными расстройствами развития, дефектом в области слуха или неврологическим расстройством (афазия).

Эпидемиология

Частота расстройств развития языка колеблется от 3 до 10% у детей школьного возраста. Расстройство в 2—3 раза чаще встречается у мальчиков, чем у девочек. Это расстройство также более часто встречается среди детей, в семейном анамнезе которых встречаются расстройства артикуляции или другие расстройства развития.,

Этиология

Причина расстройства развития экспрессивного языка неизвестна. Легкое поражение головного мозга или задержка созревания нервных структур выдвигаются в качестве возможных причин, но фактов, подтверждающих эти предположения, нет.

Роль неизвестных генетических факторов предполагается на

основании того, что родственники детей с расстройствами способностей к обучению очень часто страдают расстройствами развития экспрессивного языка.

Клинические особенности

Тяжелые формы расстройства обычно проявляются до 3 лет. Менее тяжелые формы могут не распознаваться до подросткового возраста, когда обычно язык сильно усложняется. Существенной особенностью ребенка с экспрессивным расстройством языка является значительное нарушение развития соответствующего возрасту экспрессивного языка, в результате чего он использует вербальный или знаковый язык, который значительно ниже ожидаемого уровня, учитывая интеллектуальные способности ребенка. Понимание языка этим ребенком не затруднено; декодирование остается относительно сохранным.

Расстройство начинает подозреваться приблизительно в возрасте 18 мес, когда ребенок перестает спонтанно произносить или даже повторять отдельные слова и звуки. Даже простые слова, такие как «мама» и «папа», отсутствуют в активном лексиконе ребенка, и ребенок использует жесты для выражения своих желаний. Видно, что ребенку хочется общаться, он поддерживает контакт глазами, хорошо относится к матери, наслаждается играми.

Репертуар словарного запаса у ребенка очень ограничен. В 18 мес ребенок может самое большее понимать простые команды и указывать на простые предметы, когда их называют. Когда ребенок в конце концов начинает говорить, дефицит языка становится более очевидным. Артикуляция обычно незрелая. Многочисленные ошибки артикуляции имеют место, но они непостоянны, особенно в отношении таких звуков, как th, r, s, z, y и I (т, р, с, з, уай и аи), которые либо пропускаются, либо заменяются другими звуками.

К возрасту 4 лет большинство детей с этим расстройством могут говорить короткими фразами, но они забывают старые слова по мере выучивания новых. После того как они начинают говорить, они учатся гораздо медленнее, чем нормальные дети. Использование грамматических структур у них значительно ниже, чем можно ожидать в данном возрасте. Вехи развития у них слегка замедлены. Часто наблюдается расстройство развития артикуляции. Расстройство развития координации и функциональный энурез у таких детей часто являются сопутствующими нарушениями.

Осложнения

У детей школьного возраста могут развиваться низкая самооценка, фрустрация и депрессия. Дети с этим расстройством могут также обнаруживать нарушение способности к обучению, проявляющееся в задержке чтения, в результате чего

могут возникнуть серьезные проблемы с успеваемостью. Большинство трудностей в обучении лежат в области перцептивных навыков или навыков распознавания и переработки символов в соответствующей последовательности.

Другие поведенческие проблемы и симптомы, которые могут появляться у детей с расстройством развития экспрессивного языка, включают гиперактивность, короткие промежутки, на протяжении которых ребенок может поддерживать внимание, аутичное поведение, сосание пальца, колебания настроения, склонность к попаданию в аварийные ситуации, энурез, непослушание и нарушение поведения. У многих детей отмечается неврологическая патология. Она включает легкие нарушения по органическому типу, снижение вестибулярных реакций и патологические изменения ЭЭГ.

Течение и прогноз

В целом, прогноз в отношении расстройств развития экспрессивного языка благоприятный. Быстрота и степень выздоровления зависят от тяжести расстройства, мотивации ребенка к участию в терапии и своевременного назначения речевых и терапевтических вмешательств. У 50% детей с легкими расстройствами экспрессивного языка наступает спонтанное выздоровление без каких-либо признаков нарушения языка, но у детей с тяжелыми расстройствами экспрессивного языка могут и в будущем остаться признаки легких или умеренных нарушений.

Диагноз

Качество языка, вербального или знакового, значительно ниже среднего уровня, сопровождающееся низкими показателями по стандартизированным тестам на вербальный и невербальный интеллект, является указанием к постановке диагноза. Это расстройство не обусловлено первазивным расстройством развития, поскольку ребенок выражает желание общаться. Если и есть какие-то языковые обрывки, то они очень редуцированы; словарный запас мал, грамматика слишком проста, артикуляция вариабельна. Имеется внутренний язык или адекватное применение игрушек и предметов домашнего обихода.

Для подтверждения диагноза ребенок должен пройти тестирование на стандартизированный экспрессивный язык и невербальный интеллект. Наблюдение за паттернами вербального и знакового языка в различных ситуациях у такого ребенка (например, в школьном дворе, классе, дома и в игровых помещениях) и за его взаимоотношениями с другими детьми может помочь установить тяжесть и специфические сферы нарушений у данного ребенка, а также помочь в раннем распознавании поведенческих и эмоциональных осложнений.

Тщательный семейный анамнез должен включать наличие или отсутствие расстройств развития экспрессивного языка среди родственников.

Маленьким детям и детям, у которых подозревается нарушение остроты слуха, рекомендуется сделать аудиограмму.

Дифференциальный диагноз

При умственной отсталости имеет место полное нарушение интеллекта, определяемое низким уровнем по интеллектуальным тестам во всех областях. Невербальные умственные способности

и успехи детей в других областях при расстройстве развития экспрессивного языка находятся в пределах нормы.

При расстройстве развития рецептивного языка понимание языка (декодирование) значительно снижено по сравнению со средним ожидаемым для данного возраста уровнем, тогда как при расстройстве развития экспрессивного языка понимание языка остается на уровне нормы.

При первазивном расстройстве развития, кроме основных характеристик, отмечается отсутствие у больных детей внутреннего языка символической или воображаемой игры, адекватного применения жестов, или способность поддерживать теплые и значимые социальные отношения. Напротив, все эти характеристики сохранны у детей с расстройством развития экспрессивного языка.

Дети с приобретенной афазией или дисфазией в более раннем возрасте обнаруживали нормальное развитие в языковой сфере, а нарушение в языке появилось после перенесенной травмы головы или других неврологических расстройств (например, припадки).

Дети с элективным мутизмом также вначале обнаруживали нормальное развитие языка, и их речь ограничивалась общением только с одним из окружающих членов семьи или несколькими из них (например, мать, отец и сиблинги).

Селективным мутизмом чаще поражены девочки, чем мальчики, и больные дети почти всегда застенчивы и замкнуты вне семьи.

Лечение

Языковую терапию следует начинать сразу же после установления диагноза расстройства. Такая терапия состоит из поведенчески подкрепляемых упражнений и практического овладения фонемами (блоки звуков), словарным запасом и построением предложений.

Цель — увеличить число фраз путем использования методов построения блоков и обычной речевой терапии.

Психотерапию обычно не назначают, если только у ребенка с расстройством языка не обнаруживается признаков вторичного или сопутствующего нарушения в сфере поведения или эмоций.

Интерпретативные и поддерживающие консультации родителей показаны в некоторых случаях. Родители могут нуждаться в помощи, чтобы снизить внутрисемейное напряжение, возникающее на почве трудностей, связанных с воспитанием ребенка с нарушениями речи, и улучшить их понимание и осведомленность о заболевании своего ребенка.

РАССТРОЙСТВО РАЗВИТИЯ РЕЦЕПТИВНОГО ЯЗЫКА

Определение

Согласно DSM-III-R, существенной чертой расстройства развития рецептивного языка является выраженное нарушение развития способности к пониманию языка, которое нельзя объяснить за счет умственной отсталости или неадекватного обучения в школе и которое не связано с первазивным расстройством развития, нарушением слуха или неврологическим расстройством. Диагноз ставят только в том случае, если нарушение значительно мешает успехам в школе и нормальной повседневной жизни, требующей понимания вербального (или знакового) языка. Ниже приводятся диагностические критерии для расстройства развития рецептивного языка. А. Показатели, полученные по стандартизированным тестам на рецептивный язык, существенно ниже, чем по невербальным интеллектуальным способностям (как определяется по индивидуально предъявляемому IQ). Б. Нарушение А. в значительной степени влияет на успехи в учебе или на повседневную жизнь, требующую понимания вербального (и знакового) языка. Это может проявляться в более тяжелых случаях в неспособности понимать простые слова или предложения. В менее тяжелых случаях может иметь место трудность в понимании только некоторых типов слов, таких, как пространственные термины, или в неспособности понимать более длинные или более сложные утверждения. В. Не связано с первазивным расстройством развития, нарушением слуха или с неврологическим расстройством.

Эпидемиология

Частота расстройства развития рецептивного языка варьирует от 3 до 10% у детей школьного возраста. Это расстройство встречается в 2—3 раза чаще у мальчиков, чем у девочек.

Этиология

Причина данного расстройства неизвестна. В более ранних теориях выдвигались перцептивные дисфункции, небольшие органические поражения мозга, задержка развития и генетические факторы как возможные этиологические факторы, но определенной поддержки фактами эти теории не получили. В некоторых случаях при этих расстройствах отмечают нарушения слуховой дискриминации, поскольку большинство детей с расстройством развития рецептивного языка лучше реагируют на звуки окружающей среды, чем на звуки речи.

Клинические особенности

Это расстройство обычно обнаруживается в возрасте около 4 лет. Тяжелые формы обнаруживаются уже к 2 годам; легкие формы могут не проявляться до 7-летнего возраста (второй класс) или даже дольше, когда язык становится более сложным. У детей с расстройством развития рецептивного языка отмечается значительная задержка и пониженная по сравнению с нормой способность понимать (декодировать) вербальный или знаковый язык, хотя невербальная интеллектуальная активность у них соответствует возрасту. В большинстве случаев вербальное или знаковое выражение (энкодирование) языка также нарушено. Клинические особенности расстройства развития рецептивного языка у детей в возрасте от 18 до 24 мес почти неотличимы от расстройства развития экспрессивного языка; ребенок не может произносить спонтанные звуки одиночной фонемы (звуковой блок) или подражать словам, произнесенным другим лицом.

У многих детей с расстройством развития рецептивного языка отмечаются нарушения слуховой модальности, и они не могут перерабатывать зрительные символы, например, содержание картины. Отмечается дефицит в сфере интеграции как слуховых, так и зрительных стимулов, например распознавание основных свойств игрушечного грузовика и игрушечного легкового автомобиля. Если ребенок с расстройством развития экспрессивного языка в 18 мес может понимать простые команды и может указывать на знакомые предметы домашнего обихода, если его просят; ребенок с расстройством развития рецептивного языка не в состоянии указать на обычные предметы и не слушается простых команд. Ребенок с расстройством развития рецептивного языка обычно нем, однако он слышит и нормально реагирует на нелингвистические звуки из окружающей среды, но не на звуки речи. Если ребенок начинает говорить поздно, его или ее речь содержит много ошибок в произношении, например, пропуски, искажения, замены фонемы на фонему. Усвоение языка у них несколько более замедленное, чем у нормальных детей.

Дети с расстройством развития рецептивного языка испытывают также трудности при воспроизведении из слуховой и зрительной памяти и в распознавании и репродуцировании символов в нужной последовательности. В большинстве случаев на ЭЭГ обнаруживается билатеральная патология. У большинства детей с этим расстройством отмечается частичный дефект слышания правильных тонов, повышение порога слуховой активации и неспособность локализовать источники звуков. Среди родственников этих детей часто встречаются лица с припадками и нарушением чтения, чем у населения в целом.

Сопутствующими нарушениями являются нарушение развития артикуляции и плохая успеваемость. Менее часто встречаются энурез, расстройство развития координации и другие социальные и поведенческие проблемы.

Течение и прогноз

В целом прогноз для расстройств развития рецептивного языка менее благоприятен, чем для расстройств развития экспрессивного языка. Прогноз хороший в легких случаях. В тяжелых случаях с нарушениями в перцептивной сфере и сенсорной интеграции, воспроизведения из памяти и в области составления предложений прогноз осторожный.

Диагноз

Наличие уровня понимания вербального и знакового языка с относительно сохранными интеллектуальными способностями для данного возраста значительно ниже среднего, подтверждение языковых трудностей применением стандартизированных тестов и отсутствие первазивного расстройства развития подтверждает диагноз расстройства развития рецептивного языка. В большинстве случаев расстройство развития рецептивного языка сочетается с расстройством развития экспрессивного языка. Поэтому ребенку надо предъявлять как стандартизированные тесты на рецептивный, так и на экспрессивный язык, если подозревается расстройство развития рецептивного языка.

Во всех случаях наличия у ребенка подозрения на расстройство развития рецептивного языка следует снять аудиограмму, чтобы исключить или подтвердить наличие глухоты и. определить тип слухового дефицита.

Тщательное изучение истории болезни и клиническое наблюдение могут помочь в постановке диагноза.

Дифференциальный диагноз

При расстройстве развития экспрессивного языка понимание речи (декодирование) остается в пределах нормы. Дети с нарушением развития артикуляции (например, с заиканием) обладают в основном нормальными языковыми способностями, несмотря на нарушение произношения. Следует исключить нарушение слуха. У большинства с расстройством развития рецептивного языка в анамнезе отмечались разнообразные и непостоянные реакции на звуки; они лучше реагировали на звуки окружающей среды, чем на звуки речи (табл. 26).

Также следует исключить умственную отсталость, приобретенную афазию и первазивные расстройства развития.

Лечение

Детям, страдающим расстройством рецептивного языка, показана терапия речи и языковая терапия. Форма проведения лечения все еще является предметом дискуссий. Некоторые врачи считают, что таких детей надо изолировать в обстановке, где нет посторонних отвлекающих раздражителей, и их надо учить простым специфическим структурам языка. Другие считают, что таких детей следует обучать в естественной обстановке и нескольким языковым структурам одновременно.

Часто требуется психотерапия, поскольку такие дети испытывают эмоциональные затруднения и проявляют нарушения поведения. Особое внимание следует уделять улучшению самооценки

Таблица 26. Дифференциальный диагноз*

	Нарушение слуха	Умственная ретардация	Инфантильный аутизм	Расстройство развития экспрессивной речи	Расстройство развития рецептивной речи	Эклективный мутизм	Расстройство развития артикуляции
Поднимание языка	—	—	—	+	—	+	+
Экспрессивный язык	—	—	—	—	—	Различные	+
Аудиограмма	—	+	+	+	Различные	+	+
Артикуляция	—	—	—	—	—	+	—
Внутренняя речь	+	+	—	+	+	+	+
Использует жесты	+	+ (ограниченно)	—	+	+ (слегка ограниченно)	+ Различные	+
Повторяет	—	+ (ограниченно)	+ Несоответствующее	+	+	+	+
Настораживает внимание при наличии звука	Только тоны высокой частоты и громкости	+	—	+	Различные	+	+
Наблюдает за лицом	+	+	—	+	+	+	+
Показатель выполнения задания I. Q.	+	—	+	+	+	+	+

* (+) — норма, (—) — отклонение от нормы.

ребенка и выработке у него социальных навыков. Семейные консультации должны помочь родителям найти правильную форму взаимоотношений с ребенком, что также способствует достижению хорошего эффекта терапии.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

Aram D.M., Nation J.E. Child Language Disorders. Mosby, St. Louis, 1982.

Cantwell D. P., Baker L. Psychiatric and learning disorders in children with communication disorders.— Adv. in Learn. Behav. Disabil., 1984, 4, 511.

Cantwell D.P., Baker L. Speech and Language disorder: Developmental and disorders.— In: Child and Adolescent Psychiatry: Modern Approaches/Eds. M. Rutter, L. Hersov, p. 526. Blackwell Scientific Publications, Oxford, England, 1985.

Fundudis I., Kohin /., *Garside R.F.* A follow-up of speech retarded children.— In: Language and Language Disorders in Childhood (book supplement).—J. Child. Psychol. Psychiatry, 1980, 2, 97.

Holland A., editor Language Disorders in Children: Recent Advances. College Hill Press, San Diego, 1984.

Laney M. Reading in Childhood Language Disorders. Wiley, New York, 1978.

Morehead D., Morehead A., editors Normal and Deficient Child Language. University Park Press, Baltimore, 1976.

Myklebust H.R. Childhood aphasia: Identification, diagnosis, and remediation.— In: Handbook of Speech Pathology and Audiology/Ed. L. E. Travis. Appleton-Century; Crofts, New York, 1971.

Rutter M., Martin J.A., editors The Child with Delayed Speech. Heinemann, London, 1972.

Siegel L. S. Reproductive, perinatal and environmental factors as predictoss of the cognitive and language development of preterm and fulterm infants.—Child. Dev., 1982, 53, 963.

28.6. РАССТРОЙСТВО РАЗВИТИЯ КООРДИНАЦИИ

ВВЕДЕНИЕ

DSM-III-R включает расстройство развития координации впервые как специфическое расстройство развития. Оно было включено также в девятую версию Международной классификации болезней (МКБ-9).

Имеется относительно небольшое число исследований детей с расстройством развития координации, меньше, чем с другими расстройствами развития, такими, как расстройство развития языка и способностей к обучению. Это состояние недостаточно хорошо документировано.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ

Согласно DSM-III-R, существенной особенностью расстройства развития координации является выраженное нарушение развития двигательной координации, которое нельзя объяснить за счет умственной отсталости и которое не связано с каким-либо

известным физическим заболеванием. Этот диагноз необходимо ставить только, если нарушение значительно влияет на способности к обучению или на повседневную жизнь. Ниже приведены диагностические критерии для расстройства развития координации. А. Успешность действий субъекта в повседневной жизни, требующая двигательной координации, значительно ниже ожидаемого уровня, если принять во внимание хронологический возраст больного и интеллектуальные способности. Это может проявляться в значительной задержке достижения определенных вех в моторном развитии (ходьба, ползание, сиденье), выпадении предметов из рук, «неловкости», плохих успехах в спорте или плохом почерке. Б. Нарушение А значительно влияет на успехи в обучении или на повседневную жизнь. В. Не связано с физическим заболеванием, таким как церебральный паралич, гемиплегия или мышечная дистрофия.

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ

В некоторых исследованиях содержатся данные о том, что частота этого расстройства у детей в возрасте от 5 до 11 лет составляет 6%. Соотношение заболеваемости у мальчиков и девочек неизвестно, однако, как и при большинстве расстройств развития, больше поражаются мальчики, чем девочки. Относительно повышения числа случаев этого расстройства у родственников больных данных нет.

ЭТИОЛОГИЯ

Предполагается, что возможные этиологические факторы составляют две группы: факторы развития и органические.

Гипотеза развития рассматривает расстройство развития координации как результат задержки развития перцептивно-моторных навыков. Согласно этой теории, пораженные дети в конце концов выздоравливают, так как наступает созревание тех сфер, в отношении которых имела место задержка развития.

Соответственно органической гипотезе, определенные, минимальные церебральные инсульты создают у детей предрасположение к развитию расстройства координации. Такие инсульты являются результатом перинатальных осложнений, например, токсикоза беременности у матери, гипоксии, плохого питания, малой массы тела при рождении и внутриутробных событий, которые могут обусловить травму мозга или физическую травму плода или новорожденного. **КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ**

Клинические признаки, заставляющие предполагать наличие расстройства развития координации, очевидны уже в младенчестве, когда пораженный этим недугом ребенок начинает пытаться делать что-либо, требующее двигательной координации. Трудно-

сти в двигательной координации могут варьировать с возрастом ребенка и стадией развития.

В младенчестве и раннем детстве расстройство может проявляться как задержка в достижении нормальных вех развития, например в повороте, ползании, сидении, стоянии, ходьбе, застегивании пуговиц и молнии. В возрасте между 2 и 4 годами неловкость проявляется во всех сферах деятельности, требующих двигательной координации. Такие дети не могут удерживать в руках предметы и легко роняют их; их походка неустойчива; они часто спотыкаются о свои собственные ноги и ударяются о других детей, когда пытаются ходить вокруг них.

У более старших детей нарушения двигательной координации могут проявляться в настольных играх, таких как складывание головоломок или строительстве объектов из кубиков, и во всех играх в мяч. Хотя специфических особенностей, которые были бы патологическими для расстройства развития координации, нет, часто наблюдается задержка достижения стадий развития. Многие дети с этим расстройством также могут иметь нарушение речи. Более старшие дети часто имеют вторичные расстройства (плохая успеваемость в школе, нарушения в сфере эмоций и поведения) и требуют соответствующего терапевтического вмешательства.

ТЕЧЕНИЕ И ПРОГНОЗ

Данные лонгитудинальных исследований относительно исходов данного состояния отсутствуют. В некоторых работах высказывается предположение, что дети, у которых интеллектуальные способности выше средних, имеют хороший прогноз, так как они в состоянии хорошо учиться и как-то компенсируют дефект координации. В целом, неловкость сохраняется в подростковом возрасте в течение всей взрослой жизни.

В очень тяжелых случаях, когда отсутствует лечение, может быть целый ряд вторичных осложнений, таких, как устойчивая неуспеваемость в школе, трудности в общении со сверстниками и неспособность играть в игры и заниматься спортом. Эти проблемы могут приводить к низкой самооценке, ощущению несчастья, замкнутости и в некоторых случаях увеличению тяжести расстройств поведения как реакции на фрустрацию, вызванную этой неспособностью. У этих детей могут быть различные уровни адаптации. Часто встречающиеся сопутствующие нарушения включают задержку в других, немоторных вехах, расстройство развития артикуляции и рецептивные и экспрессивные расстройства развития языка.

ДИАГНОЗ

Диагноз расстройства развития координации требует тщательного изучения истории болезни ребенка, касающейся раннего

двигательного поведения, а также прямого наблюдения за моторной активностью. Диагноз подтверждается показателями выполнения субтестов, если они ниже среднего по стандартизированным тестам на интеллект и нормальными или выше среднего показателями по вербальным субтестам. Интеллектуальный хронологический возраст и интеллектуальные способности также следует учитывать, и не должно быть определенных неврологических или нейромышечных расстройств. Однако легкая патология рефлексов и другие незначительные признаки органического поражения мозга иногда обнаруживаются при исследовании.

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ

При умственной отсталости имеется общее снижение уровня выполнения всех видов деятельности. Как в вербальной, так и в невербальной моторной сфере следует исключить первазивные расстройства развития, поскольку при них иногда наблюдается расстройство двигательной координации, например, ненормальная походка и задержка в достижении определенных вех развития. Неврологические и нейромышечные расстройства, такие, как церебральный паралич, мышечная дистрофия и гемиплегия, могут быть связаны с нарушениями координации, и при обычном неврологическом исследовании удается обнаружить определенные неврологические нарушения или патологические проявления.

ЛЕЧЕНИЕ

Разумные виды лечения включают перцептивные моторные обучения, нейрофизиологические методы коррекции моторной дисфункции и модифицированные методы физического воспитания. Метод Montessori может оказаться полезным для многих детей дошкольного возраста, поскольку он способствует развитию моторных навыков. Среди определенных методов тренировки ни один не показал себя лучше, чем другие. Вторичные поведенческие или эмоциональные проблемы и сопутствующие расстройства языка и речи надо лечить соответствующими методами.

Консультация родителей снижает их тревогу и чувство вины по поводу расстройств, наблюдающихся у ребенка, и увеличивает их возможности справиться с ними.

СПЕЦИФИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА РАЗВИТИЯ, НИГДЕ БОЛЕЕ НЕ ОПРЕДЕЛЯЕМЫЕ (ДРУГОЕ НАЗВАНИЕ ОТСУТСТВУЕТ, ДНО)

Эта категория DSM-III-R включает расстройства в развитии языка, речи, успеваемости и двигательных навыков, которые не могут быть классифицированы как специфические расстройства развития, обсуждаемые в начале этой главы. Ниже приведены

диагностические критерии для специфических расстройств развития, нигде более не определяемых (другое название отсутствует, ДНО):

Расстройства языка, речи, успеваемости и моторных навыков, которые не отвечают критериям для специфического расстройства развития. Примерами являются афазия с эпилепсией, развившиеся в детстве («синдром Ландау») и специфические нарушения способности к правописанию.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

Arnheim D.D., Sinclair W.A. The Clumsy Child. Mosby St. Louis, 1975.

Breaner M. W., Gillman S.. Zangwill O.L., Farrell M. Visuo-motor disability in school children.—Br. Med. J., 1967, 4, 259. *Drillien CM.* Etiology and outcome in low-birth-weight infants.— Dev. Med. Child. Neurol., 1972, 14, 563.

Gordon N. Pediatric Neurology for the Clinician. Heinemann, Philadelphia, 1976.

Prechtl H.F., Stemmer C.J. The choreiform syndrome in children.— Dev. Med. Child. Neurol., 1962, 4, 119. *Stott D. H.* A general test of motor impairment for children.— Dev. Med. Child. Neurol., 1966, 8, 523.

Глава 29

РАССТРОЙСТВО В ВИДЕ ДЕСТРУКТИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ

Расстройство в виде деструктивного поведения включено в новую классификацию DSM-III-R и характеризуется поведением, включающим нарушение принятых в обществе норм; оно приносит больше вреда другим людям, чем самим лицам с такими нарушениями поведения. Выделяется три подкласса: расстройство поведения, расстройство в виде гиперактивности с дефицитом внимания (РГДВ) и расстройство поведения в виде непокорности и непослушания, которые будут обсуждаться в разделах 29.1, 29.2, 29.3.

29.1. РАССТРОЙСТВО ПОВЕДЕНИЯ

ОПРЕДЕЛЕНИЕ И ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ

Существенной особенностью расстройства поведения является повторяющееся устойчивое нарушение, проявляющееся либо в попрании прав других людей, либо в нарушении характерных для данного возраста социальных норм или правил. Нарушения поведения в этих случаях более серьезные, чем просто ссоры и шалости детей и подростков. DSM-III-R выделяет три подтипа расстройств поведения: одиночный агрессивный тип, групповой тип и недифференцированный тип. Ниже приводятся диагностические критерии для расстройства поведения:

А. Расстройство поведения, продолжающееся по меньшей мере 6 мес, во время которых наблюдается не менее трех проявлений из следующих:

1) украл что-нибудь без ведома жертвы и борьбы более чем один раз (включая подделку документов);
2) убежал из дома на всю ночь по меньшей мере дважды, когда проживал с родителями или заменяющими их лицами (или один раз, но так и не вернулся);
3) часто лжет (кроме тех случаев, когда лгал для того, чтобы избежать физического или сексуального наказания);
4) специально участвовал в поджогах;
5) часто прогуливает уроки (для более старших лиц, прогуливает работу);

6) ворвался в чужой дом, помещение, машину;
7) специально разрушил чужую собственность (не поджогом);
8) физически жесток к животным;
9) принудил кого-нибудь к сексуальным отношениям;
10) применил оружие более одного раза;
11) часто является зачинщиком драк;
12) украл что-либо после борьбы (например, схватив жертву за горло, выхватил кошелек, а также вымогательством или путем вооруженного ограбления),
13) физически жесток к людям.

Отметьте: Перечисленные пукты, расположенные в нисходящем порядке по силе, основаны на данных применения критериев DSM-III-R к области судебного разбирательства для расстройств в виде деструктивного поведения.

Б. Не соответствует критериям, если относится к лицам старше 18 лет. Таким образом, этот диагноз ставится только лицам до 18-летнего возраста.

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ

Расстройство поведения является достаточно частым нарушением в детстве и подростковом возрасте. Определено, что оно встречается у 9% мальчиков и 2% девочек до 18 лет. У мальчиков оно встречается чаще, причем соотношение колеблется между 4:1 и 12:1. Расстройство чаще встречается у детей, чьи родители являются антисоциальными личностями и алкоголиками. Преобладание расстройств поведения и антисоциального поведения значимо коррелирует с социально-экономическими факторами.

ЭТИОЛОГИЯ

В основе антисоциального поведения лежит не один фактор, а, скорее, целый ряд биопсихосоциальных факторов.

Факторы, связанные с отношением родителей

Уже давно было установлено, что некоторые неправильные установки родителей и плохое обращение с детьми могут оказывать влияние на развитие дезадаптивного поведения. Неупорядоченная жизнь дома связана с расстройством поведения и правонарушениями. Однако этиологически значимым фактором является не разрушение семьи само по себе; им является борьба родителей между собой.

Психические расстройства у родителей, особенно социопатия и алкоголизм, рассматриваются как важные причинные факторы. Последние работы позволяют предположить, что многие родители страдают более серьезными видами психопатологии, включая

психозы, на что ранее не обращалось внимания, и их явное антисоциальное поведение и склонность к дурным поступкам часто маскируют лежащую в их основе психопатологию. Согласно психодинамической гипотезе, дети неосознанно пытаются отреагировать на антисоциальные желания своих родителей.

Социокультурная теория

Современные теории предполагают, что дети, находящиеся в тяжелых социоэкономических условиях, которые не могут достигнуть определенного статуса и материального благополучия законным путем вынуждены прибегать к социально неодобряемым способам, чтобы достигнуть этих целей и что такое поведение является нормальным и допустимым в условиях социоэкономической депривации, поскольку дети придерживаются ценностей своей собственной субкультуры.

Другие факторы

Расстройство в виде гиперактивности с дефицитом внимания, дисфункция или органическое поражение ЦНС, отвергнутость родителями, раннее помещение в интернаты, неправильное воспитание с очень жесткой дисциплиной, частая смена воспитателей (родители, родственники или приемные родители) и незаконнорожденность являются факторами, предрасполагающими ребенка к развитию расстройств поведения. Раннее выявление чрезмерного темперамента также играет важную роль в развитии расстройства поведения. Лонгитудинальные исследования темперамента показывают, что многие отклонения в поведении вначале представляют собой прямую реакцию на недостаточное соответствие между, с одной стороны, темпераментом ребенка и его эмоциональными потребностями и, с другой стороны, отношением родителей и тем, как они заботятся о ребенке.

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ

Отдельные акты антисоциального поведения недостаточны для постановки диагноза расстройство поведения. Антисоциальное поведение должно быть повторяющимся и устойчивым за период времени 6 мес или более, чтобы можно было поставить этот диагноз. Дети с расстройством поведения обычно нарушают принятые в обществе правила и плохо учатся, чего может не быть в случае отдельных актов антисоциального поведения.

Расстройство в виде непослушания включает некоторые черты, характерные для расстройства поведения, такие, как непокорность и неповиновение авторитетным личностям. Однако, в отличие от расстройства поведения, расстройство в виде непослуша-

ния не сопровождается серьезным попранием прав других и основных возрастных норм и правил. Следует исключить биполярное расстройство. Раздражительность и антисоциальное поведение, связанные с маниакальными эпизодами, обычно короткие, тогда как симптомы расстройства поведения проявляют тенденцию к длительному существованию. Расстройство в виде гиперактивности с дефицитом внимания и специфическое расстройство внимания обычно связаны с диагнозом расстройства поведения, и это сочетание надо отличать, если оно имеет место.

ТИПЫ РАССТРОЙСТВ ПОВЕДЕНИЯ

Расстройство поведения, одиночный агрессивный тип

Описание. Кроме того, что у больных детей имеют место поведенческие нарушения, соответствующие вышеописанным диагностическим критериям, для них характерно также доминирование агрессивного в физическом или вербальном плане поведения, обычно направленное против взрослых и родственников. Их агрессивное поведение носит характер одиночной, а не групповой деятельности. Дети обычно даже не стараются скрыть свое антисоциальное поведение. Такие дети обычно рано начинают вовлекаться в сексуальные отношения, употребляют табак, алкоголь и наркотики. Агрессивное антисоциальное поведение может носить форму хулигантства, физической агрессии и жестокости по отношению к сверстникам. Такие дети склонны к враждебности, словесной брани, наглости, непокорности и негативизму по отношению к взрослым. Постоянная ложь, прогулы и вандализм— типичные проявления. В тяжелых случаях наблюдаются дезорганизация поведения, воровство и физическое насилие. У многих из этих детей нарушаются социальные связи, что проявляется в невозможности установить нормальные контакты со сверстниками. Такие дети часто аутичны или держатся изолированно. Некоторые из них дружат с гораздо более старшими или младшими, чем они, или же имеют поверхностные отношения с другими антисоциальными молодыми людьми. Для большинства из них характерна низкая самооценка, хотя они иногда проецируют образ «жесткости». Характерно, что они никогда не заступаются за других, даже если это им выгодно. Их эгоцентризм проявляется в готовности манипулировать другими в свою пользу без малейшей попытки добиться взаимности. Они не интересуются чувствами, желаниями и благополучием других людей. Они редко испытывают чувство вины или угрызения совести за свое бездушное поведение и стараются обвинить других. Эти дети не только часто испытывают необыкновенную фрустрацию, особенно в связи с потребностью в зависимости, но также совершенно не подчиняются никакой дисциплине. Их недостаточная социабельность проявляется не только в их чрезмерной агрессивности, но и в недостаточности сексуального торможения, что часто проявляется агрессивностью и открытостью. Их поведение является неприемлемым почти во всех социальных аспектах. Их рассматривают в целом как плохих детей и часто наказывают. К сожалению, подобные наказания почти всегда усиливают выражение ярости и фрустрации, носящее дезадаптивный характер вместо того, чтобы способствовать облегчению проблемы.

В беседах дети с расстройством поведения, относящимся к одиночному агрессивному типу, обычно необщительны, враждебны и держатся вызывающе. Они добровольно почти ничего не рассказывают о своих личностных трудностях. В ответ на приведенные факты они часто отрицают какие-либо поведенческие проблемы. И, наконец, будучи «припертыми к стене» во время беседы, они пытаются оправдать свое неправильное поведение, высказывают подозрительность и злобу по отношению к источнику информации, или даже уходят из комнаты. Более часто они злятся на проводящего беседу и выражают негодование по поводу обследова-

ния с открытой враждебностью или угрюмой замкнутостью. Их враждебность не ограничивается взрослыми влиятельными лицами, но распространяется с такой же силой на своих сверстников и младших детей. Фактически они часто обижают тех, кто младше и слабее, чем они сами. Хвастовством, лживостью и отсутствием интереса к ответу собеседника они обнаруживают полную нарциссическую ориентацию.

При анализе семейной ситуации часто обнаруживается определенная брачная дисгармония у родителей, которая сначала проявляется в несогласии по поводу воспитания ребенка. Из-за тенденции к семейной нестабильности часто появляется приемный родитель или приемные родители. Многие дети с этим типом расстройства поведения являются единственными в семье от незапланированной или нежелаемой беременности. Родители, особенно отец, часто диагностируются как антисоциальные личности или алкоголики.

Ребенок, страдающий одиночным агрессивным типом расстройства поведения, и его или ее семья обнаруживают стереотипный паттерн непредсказуемой вербальной и физической враждебности. Агрессивное поведение ребенка редко направлено на определенную цель и не обещает большого успеха, удовольствия и даже не обеспечивает преимуществами перед сверстниками или влиятельными лицами. Ребенок свирепо нападает на всех, пытаясь кого-то схватить и ударить и при этом без всякой идеи о том, чего он может добиться таким способом.

Лечение. Во многих клинических исследованиях сообщается о трудностях, стоящих на пути успешного лечения детей с расстройствами поведения одиночного агрессивного типа. Возраст начала лечения очень важен для его успеха не только из-за тенденции к нарастанию выраженности расстройств поведения и фиксации их с возрастом и, учитывая ответную враждебность, которую эти юнцы вызывают у других, но также и в связи с тем, что с внешней агрессивностью легче справиться у более младших детей. Большинство врачей отмечают трудности, возникающие у врачей, которым приходится проявлять терпение и сочувствие к этим враждебным юнцам. Очень желательно участие семьи. Самая большая работа окажется почти бесполезной, если родители не проявят какого-либо участия и теплоты по отношению к ребенку и не обеспечат существенной помощи по выработке у него правильного поведения. Требуется сочетанная брачная и семейная терапия. Врач часто испытывает чувство, что наступил «предел» его терпения в отношении враждебности, которую проявляют члены семьи, и переживает фрустрацию по поводу неспособности родителей выработать решение в отношении своего ребенка и выполнить его. Врач часто сталкивается с приводящим в замешательство препятствием из обвинений, перебранки и манипуляций, с помощью которых его пытаются заставить объединиться с одним из членов семьи против других. Реакции противопереноса — раздражительность, смущение и беспомощность—легко объяснимы. Строгость и беспристрастность очень желательны, но их трудно поддерживать в атмосфере взаимных обвинений и противоречивых сведений о семейных отношениях. Иногда вся семья выступает единым фронтом, но чаще всего он формируется для нападений на врача.

Для того чтобы эффективно лечить ребенка, часто надо удалить его из дома. Даже если приходится помещать ребенка в детское учреждение или интернат, можно ожидать от него продолжения необузданной агрессивности, которая превышает предел, и вызывающих поступков. Тем, кому доверено перевоспитание ребенка с расстройством поведения одиночного агрессивного типа, надо запастись терпением, чтобы проявлять готовность понимать и сочувствовать такому ребенку в течение длительного периода времени с очень малой положительной отдачей. Ожидания улучшения социабельности со стороны такого ребенка минимальны; они повышаются лишь постепенно.

Изменения поведения в условиях стационара иногда положительны, причем длительность эффекта варьирует в значительной степени.

Лекарственная терапия имеет ограниченное значение и показана только для временного облегчения тяжелых нарушений поведения; рекомендуются фенотиазины при ажитации и взрывах ярости с агрессивными действиями и метилфенидат при сопутствующем расстройстве в виде гиперактивности с дефицитом внимания. Однако лекарственная терапия не может заменить благожелательной терапевтиче-

ской атмосферы, которая необходима для удовлетворения потребностей ребенка в развитии внутреннего контроля, восстановления положительного самоощущения и выработки новых адаптивных навыков.

Расстройство поведения, групповой тип

Описание. Критерии, указанные в DSM-III-R, для расстройства поведения группового типа содержат как доминирующую особенность неправильное поведение, проявляющееся в основном в виде групповой активности в компании друзей, которые имеют те же особенности и которым этот субъект предан. Физическая агрессия может быть включена в эту особенность поведения.

Групповое антисоциальное поведение всегда проявляется вне дома. Оно включает прогулы, вандализм, серьезную физическую агрессию или выпады против других, например нападение сзади, схватывание за горло, выстрелы из оружия и избиение.

Дети с этими нарушениями обычно дружат со сверстниками. Они часто обнаруживают интерес к благополучию своих друзей или членов своей группы и не склонны обвинять их или доносить на них.

Клинические особенности. В большинстве случаев имеет место адекватное развитие или даже чрезмерная конформность в раннем детстве, оканчивающаяся, когда ребенок становится членом группы правонарушителей, обычно в предподростковом и подростковом возрасте. В анамнезе можно обычно найти указания на определенные трудности в более раннем возрасте, например плохая или почти плохая успеваемость в школе, небольшие отклонения в поведении или невротические симптомы.

Обычно имеет также место определенная степень социальной или психологической патологии в семье. Порядок и дисциплина в семье редко являются идеальными и могут варьировать от суровости и чрезмерной строгости до непоследовательности или почти полного отсутствия надзора и контроля. Мать часто защищает ребенка от наказания за небольшие нарушения поведения, но активно не поощряет его проступков. Правонарушение, называемое также правонарушением несовершеннолетних, наиболее часто связано с расстройством поведения, но может также быть результатом других психологических или неврологических расстройств. Обычно имеют место факты наличия довольно теплых отношений между матерью и ребенком, особенно в младенчестве и раннем детстве. Наблюдается также некоторая степень брачной дисгармонии и отсутствие генуинной семейной сплоченности и комфортабельной взаимозависимости. Лица, свершающие групповое правонарушение, как правило, происходят из больших семей, живущих в условиях экономической необеспеченности.

Такие правонарушения обычно совершаются в компании сверстников. Родители часто обвиняют группу сверстников в неправильном поведении своего ребенка и жалуются, что он хочет проводить с этой группой все время. Часто родители ссылаются на группу, желая приуменьшить собственную вину и роль общества, которые лежат в основе того, что дети выбирают неподходящую компанию.

Специфические акты правонарушения и обстоятельства, при которых они имеют место, могут дать важный ключ к постановке диагноза. Прогулы, воровство, а также довольно незначительные правонарушения и антисоциальные поступки являются правилом, но иногда наблюдаются агрессия по отношению к другим и даже деструктивные акты вандализма. Некоторые из нарушений, совершаемых подростками, являются дерзкими и носят почти игровой характер — полицейские и воры.

Важной и постоянной динамической характеристикой этого состояния являются значимое влияние группы сверстников на поведение таких подростков и их чрезвычайная потребность в зависимости, выражающаяся в необходимости быть членом группы.

Течение и прогноз. Очень небольшое число из подростков, относящихся к этой категории расстройств поведения, становятся преступниками после окончания подросткового периода; они иногда перестают быть правонарушителями уже

в подростковом возрасте. Они часто бросают правонарушительство в ответ на случайные положительные изменения в своей жизни, например, успехи в учебе или спорте, романтические приключения или ролевое моделирование взрослого, вызывающего интерес. Другие подростки бросают прежние дела, пережив неприятные ощущения, связанные с арестом и вызовом в суд для несовершеннолетних. Такие случаи заставляют иногда и родителей привлечь внимание к своей ответственности за ребенка.

Лечение. Традиционная индивидуальная психотерапия сама по себе оказалась относительно неэффективной, частично из-за того, что подростки сопротивляются этому виду терапии. Некоторые подростки-правонарушители дают лучшие результаты при использовании динамически ориентированного подхода, направленного на принятие и одобрение. Хороший эффект вызывает когнитивный подход при групповых занятиях. В этих группах используется ядро из бывших правонарушителей, которые понимают логическое обоснование, отрицание и самооправдание члена группы, нуждающегося в помощи, и которые со всей беспощадностью обнажают перед подростком реальность его неприятного положения и неизбежности отрицательных последствий такого поведения. Довольно хороший успех ориентированного на группу подхода к лечению этих подростков связан с групповым характером нарушения поведения и естественным стремлением их найти эмоциональную поддержку и совет у своих сверстников. Иногда таких подростков следует разлучить с прежней группой сверстников и перевести в совершенно новое окружение, например в специальные школы и лечебные лагеря.

Многие подростки с групповым расстройством поведения не получают психиатрического лечения, но подвергаются перевоспитанию в школах или исправительных заведениях. Высокий процент таких подростков выздоравливает спонтанно по мере полового созревания и вступления в гетеросексуальные связи, принятия на себя семейных обязанностей и участия в труде. Так как их способность к налаживанию нормальных человеческих контактов не нарушена, они часто сами отмечают, что период совершения правонарушения миновал.

Терапевтический оптимизм в отношении этой группы оправдан. Любой подход, который разрушает установки группы в целом, или который разлучает подростка с группой правонарушителей и предлагает ему контакт с сильными взрослыми лидерами и другими сверстниками, менее склонными к правонарушениям, может вполне оказаться успешным в отношении преодоления группового антисоциального или криминального поведения.

Расстройство поведения, недифференцированный тип

Расстройство поведения, недифференцированный тип, является категорией, распространяющейся на детей и подростков с нарушением поведения и клиническими проявлениями, которые не могут быть классифицированы ни как одиночный агрессивный, ни как групповой тип.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

Berger M. Personality development and temperament.— In: Tempermental Differences in Infants and Young Children / Eds. R. Porter, G. M. Collins, p. 176. Pitman, London, 1982.

Farrington D. P. The family backgraounds of aggressive youths.— In: Aggression and Antisocial Behavior in Childhood and Adolescence / Eds. L. Herzov, M. Berger, D. Shaffer. Pergamon, Oxford, England, 1978.

Hutchings B., Mednick S. A. Registered, criminality on the adoptive and biological parents of registered male criminal adoptees.— In: Genetics, Environment and psycho-pathology / Eds. S. A. Mednick, F. Schlesinger, J. Higgins, B. Bell. North Holland/ Elsevier, Amsterdam, 1974.

Johnson R. E. Juvenile Deliquency and Its Origin; And Integrated Theoretical Approach. Cambridge University Press, Cambridge, England, 1979.

Lamb M. E. Parental influences on early socioemotional development.—J. Child. Psyc-hol. Psychiat., 1982, 23, 185.
Lewis D.O., editor Vulnerabilities to Delinquency. Spectrum, New York, 1981.
Lewis D. O., Shanok S. S., Grant M., Ritvo E. Homicidally agrressive young children: Ne-uropsychiatric and experimental correlates.—Am. J. Psychiatry, 1983, 140, 148.
Lewis D. O., Shanok S. S., Lewis M. L. et al. Conduct disorder and its synonyms: Diagnosis of dubious validity and usefulness.— Am. J. Psychiatry, 1984, 141, 514.
McAuley R. Annotation: Training parents to modify conduct problems in their children.—J. Child. Psychol. Psychiat., 1982, 23, 335.
Robins L. Deviant Children Grown Up. Williams and Wilkins, Baltimore, 1966.

29.2. РАССТРОЙСТВО В ВИДЕ ГИПЕРРЕАКТИВНОСТИ С ДЕФИЦИТОМ ВНИМАНИЯ

ОПРЕДЕЛЕНИЕ

Расстройство в виде гиперреактивности с дефицитом внимания (РГДВ) представляет собой набор симптомов, характеризующихся способностью удерживать внимание лишь на короткий период из-за невозможности сосредоточиться, импульсивности и гиперактивности. Диагноз ставится только при наличии поведенческих расстройств, продолжающихся в течение не менее чем 6 мес и только если расстройства появились в возрасте ранее 7 лет. По DSM-III-R это расстройство классифицируется в рамках новой категории деструктивных расстройств поведения. Диагно стические критерии для расстройств в виде гиперактивности с де фицитом внимания следующие (предполагается, что указанные ниже проявления отмечаются чаще, чем у большинства людей то го же возраста).

А. Расстройство, наблюдающееся не менее 6 мес, в течение которых имеют место по меньшей мере 8 из следующих проявлений: 1) часто теребит руками и ногами или корчится на месте (у подростков может быть субъективное чувство беспокойства), 2) испытывает затруднения при необходимости сидеть на месте; 3) легко отвлекается под воздействием внешних раздражителей; 4) испытывает трудности при ожидании своей очереди в играх или разных групповых мероприятиях; 5) часто отвечает не подумав, не дослушав вопроса; 6) испытывает трудности при следовании инструкциям других (не из-за стремления противоречить или из-за дефицита понимания); 7) не может длительно поддерживать внимание при выполнении задания или в игровой деятельности; 8) часто, не завершив одного вида деятельности, переходит к другому; 9) не может в игре хранить молчание; 10) часто слишком много говорит; 11) часто перебивает и мешает другим; 12) не слушает, что ему или ей говорят; 13) часто теряет вещи, нужные для выполнения заданий; 14) часто занимается физически опасной деятельностью, не задумываясь над возможными последствиями (не по-

тому, что ищет потрясений), например бежит по улице, не глядя вокруг.

Отметьте. Перечисленные пункты, расположенные в нисходящем по силе порядке, основаны на данных применения критериев DSM-III-R к области национального судопроизводства для деструктивных расстройств поведения. Б. Начало в возрасте младше 7 лет.

В. Не отвечает критериям первазивного расстройства поведения.

Для описания детей с этим расстройством используют различные термины: детская гиперкинетическая реакция, гиперкинетический синдром, синдром гиперактивности у детей, минимальная мозговая дисфункция, легкая церебральная дисфункция, минимальное повреждение мозга, и относительно недавно в DSM-III-R был использован термин: расстройство в виде дефицита внимания с или без гиперактивности.

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ

Данные о распространенности РГДВ в США варьируют от 2 до 20% среди детей школьного возраста. Однако более консервативные цифры составляют 3—5% для школьников препубертатного возраста. В Великобритании распространенность меньше, она не достигает 1 %. Чаще встречается у мальчиков, чем у девочек, причем соотношение колеблется между 3:1 и 5:1. Часто наблюдается у мальчиков-первенцев. У родителей детей с РГДВ имеет место повышение числа гиперкинезов, социопатии, алкоголизма и истерии. Хотя возраст начала заболевания обычно 3 года, диагноз, как правило, не ставят до тех пор, пока ребенок не поступит в начальную школу, где потребуется структурированное поведение для того, чтобы справиться с формальностями ситуаций обучения, включая определенный уровень внимания и сосредоточенности.

этиология Нейробиологические

факторы

У большинства детей с РГДВ, насколько можно судить с помощью обычного неврологического исследования, нет серьезных поражений мозга или заболеваний ЦНС. С другой стороны, большинство детей с неврологическими расстройствами или поражением мозга не обнаруживают специфической гиперактивности. Попытка исследователей обнаружить нейрофизиологическую или нейрохимическую основу не дали определенных результатов. Тем не менее у некоторых детей с этим расстройством обнаруживают небольшие легкие нарушения со стороны мозга в связи с нарушением циркуляции, токсичностью или механическими повреждениями ЦНС в течение утробного и перинатального периода. Это может лежать в основе нарушения обучения у детей с расстройством в виде гиперактивности с дефицитом внимания.

Гиперсенситивность и идиосинкразия к пищевым примесям (например, красящим и консервирующим веществам) иногда называют в числе факторов, обусловливающих это расстройство, но научное подтверждение отсутствует.

Генетическое наследование

Генетическая основа РГДВ предполагается на основании конкордантности у некоторых близнецов. Сиблинги детей с гиперактивностью также имеют больший риск в отношении гиперактивности, чем полусиблинги.

Поражение мозга

Давно высказывались предположения, что некоторые дети с РГДВ перенесли небольшое поражение головного мозга в утробном или перинатальном периодах. Поражение могло быть обусловлено нарушением циркуляции, токсическим, метаболическим или механическим факторами, или другими причинами, а также стрессом и физическим повреждением мозга в раннем младенчестве — инфекцией, воспалением или травмой. Эти минимальные, едва уловимые, субклинической тяжести повреждения мозга могут лежать в основе нарушения обучения и РГДВ.

Запаздывание созревания

В норме мозг развивается скачками в определенные периоды: от 3 до 10 мес, от 2 до 4 лет, от 6 до 8 лет, от 10 до 12 лет и от 14 до 16 лет. У некоторых детей имеет место задержка созревания, иногда сопровождающаяся клинической картиной РГДВ, которая является временной и исчезает, когда созревание достигает нормальных показателей, как правило, к пубертатному периоду.

Психосоциальные факторы

Дети в специальных детских учреждениях часто чрезмерно активны при наличии неспособности долго поддерживать внимание. Эти симптомы являются следствием длительной эмоциональной депривации и исчезают, когда прекращается депривация, связанная, например, с помещением в детское учреждение или при усыновлении. Стрессовые психические явления, потрясения в семье или другие факторы, вызывающие тревогу, вносят вклад в возникновение или закрепление расстройства. Предрасполагающими факторами являются темперамент ребенка, семейно-генетические факторы и требования общества соблюдать традиционные правила поведения и действия. Социально-экономический статус не играет важной роли.

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ

Расстройство может возникнуть в младенчестве. Дети с этим расстройством чрезмерно чувствительны к раздражителям и легко травмируются шумом, светом, температурой или другими изменениями обстановки.

Иногда наблюдается противоположное явление — дети спокойные и вялые, много спят и развиваются медленно в течение первых месяцев. Однако более типичными являются активное поведение в кроватке, непродолжительный сон и громкий плач. Дети с гиперкинезами не могут как здоровые дети тормозить свою локомоторную активность, когда этого требуют социальные ограничения. В школе дети с РГДВ быстро справляются с заданием, но способны ответить только на первые два вопроса. Они не могут ждать, когда их вызовут отвечать и отвечают за других, а дома их нельзя остановить ни на минуту.

Такие дети часто бывают раздражительными, эксплозивными. Раздражительность удается снять относительно слабыми стимулами, например, если удивить или смутить их. Часто они являются эмоционально лабильными, легко переходят от смеха к слезам, и настроение у них переменчиво и непредсказуемо. Характерны импульсивность и неспособность отложить получение удовольствия. Часто с ними происходят несчастные случаи.

Нередко наблюдаются сопутствующие эмоциональные нарушения. Тот факт, что другие дети преодолевают этот тип поведения с возрастом, а эти — нет, во всяком случае в том возрасте, когда это наблюдается в норме, а также их непредсказуемость, непродолжительная реакция на давление на них и отсутствие умственной отсталости, которая могла бы оправдать их неправильное поведение, приводит к гневу со стороны взрослых и попыткам оказать на таких детей давление. Появляющиеся в результате этого негативная самооценка и ответная враждебность усиливаются еще внутренним ощущением, что они не правы.

Наиболее типичными проявлениями, в порядке частоты встречаемости, являются следующие: 1) гиперактивность; 2) перцептивные двигательные нарушения; 3) эмоциональная лабильность; 4) общий дефицит координации; 5) расстройства внимания (неспособность длительно поддерживать внимание, отвлекаемость, персеверация, неспособность окончить начатые дела, невнимательность, трудность сосредоточиться); *6)* импульсивность (сначала сделает, потом подумает, недостаточная организованность, непоседливость на уроке); 7) расстройство памяти и мышления; 8) специфические нарушения способности к обучению; 9) расстройство речи и способности слышать и 10) нечеткие знаки органической патологии и электроэнцефалографические нарушения.

Приблизительно у 75% детей, которым ставят диагноз этого расстройства, довольно устойчиво обнаруживают нарушения типа агрессии и вызывающего поведения. Но если вызывающее поведение и агрессия обычно связаны с нарушением внутрисемейных отношений, гиперактивность более тесно связана с периодами запаздывания созревания в сфере сенсомоторной координации, языка и нарушения способности к выполнению когнитивных тестов, требующих сосредоточенности. В некоторых исследованиях отмечена тенденция к развитию антисоциальных лич-

ностных черт у гиперактивных детей. Затруднения в учебе, касающиеся как способности к обучению, так и невозможности правильного поведения, являются типичными, и иногда обусловлены нарушением развития языка или специфическими расстройствами обучения, а иногда — отвлекаемостью этих детей и колебаниями внимания, препятствующими накоплению, удержанию и воспроизведению знаний. Эти нарушения сходны со специфическими расстройствами способности к обучению, особенно если судить по оценкам групповых тестов. К отрицательному отношению школьного персонала к поведению детей с этим расстройством и пониженной самооценки из-за чувства собственной неполноценности могут прибавиться неодобрение сверстников, и школа превращается в место крушения надежд. Это, в свою очередь, может приводить к развитию антисоциального поведения, самообвинению и самоистязанию.

ДИАГНОЗ

Сам факт наличия гиперактивности должен настораживать врача в отношении возможности существования РГДВ. Подробное изучение пренатального периода и раннего развития ребенка, а также прямое наблюдение обычно обнаруживают чрезмерную двигательную активность. Гиперактивность может проявляться в некоторых ситуациях (например, в школе), но отсутствовать в других (например, при просмотре любимой телевизионной программы). Она менее заметна в структурированных ситуациях, чем в неструктурированных. Однако она не должна носить характер изолированного, кратковременного проявления под влиянием стресса, а наблюдаться устойчиво в течение определенного периода. Другими отличительными особенностями являются неспособность длительно поддерживать внимание и легкая отвлекаемость. В школе эти дети не могут выполнять инструкции и часто требуют повышенного внимания со стороны учителей. Дома они часто не выполняют требований родителей. Они склонны к импульсивности, эмоционально лабильны и раздражительны.

Специфические расстройства развития—такие как нарушения способности к чтению, языку и координации — могут быть обнаружены при расстройствах с дефицитом внимания. Важно знать историю болезни, поскольку она может помочь найти ключ к пренатальным (включая генетические), натальным и постнатальным факторам, которые могут влиять на структуру или функцию центральной нервной системы. Надо принимать во внимание уровень развития и отклонения в развитии реакции со стороны родителей, вплоть до значительных или стрессовых, так как это помогает определить степень, в которой родители вносят вклад или реагируют на неполноценность или дисфункцию у своих детей.

Поведение в школе и сообщения учителей важны для оценки затруднений у таких детей, возникающих в процессе обучения и поведения в школе, и прежде всего связаны с проблемами внимания и повзросления или с низкой самооценкой в результате чувства неполноценности. Эта информация иногда также помогает понять, как дети справляются с данными проблемами. Как они относятся к сиблингам, сверстникам и взрослым и к структурированной и свободной деятельности, дает ценные диагностические ключи к наличию расстройства в виде гиперактивности с дефицитом внимания и помогает обнаружить осложнения в течении этого расстройства.

Исследование психического статуса может обнаружить вторично подавленное настроение, но без расстройств мышления, нарушения тестирования реальности или неадекватности аффекта. Могут иметь место большая отвлекаемость, персеве-

рации и конкретность и буквальность мышления. Могут быть нарушения зрительного и слухового восприятия, языка или когнитивной функции. Иногда наблюдается преобладание тревоги, первазивной, органической, которую часто называют тревогой тела.

При неврологическом обследовании могут обнаруживаться незрелость в области зрительно-моторного восприятия или слуховой различительной способности или нарушения без каких-либо внешних признаков остроты зрения или слуха. У этих детей могут быть трудности с двигательной координацией и написанием цифр, быстрые чередующиеся движения, одинаковое владение обеими руками (отсутствие доминирующей руки), асимметрия рефлексов и целый ряд слабо выраженных, не очаговых, неврологических признаков («мягкие» нарушения). Для определения у ребенка частых билатерально синхронных разрядов, обусловливающих абсанс, надо записывать ЭЭГ. Такой ребенок может проявлять гиперактивность, как выход из явной фрустрации. Ребенок с нераспознанным фокусом в височной доле может страдать вторичным расстройством поведения. В этих случаях наблюдаются некоторые особенности, свойственные гиперактивности с дефицитом внимания. Для обнаружения фокуса требуется исследование ЭЭГ в состоянии дремоты и сна.

ТЕЧЕНИЕ И ПРОГНОЗ

Течение этого расстройства очень вариабельное: нарушения могут продолжаться во время подросткового периода или взрослой жизни. Они могут ослабевать в пубертатном периоде, или гиперактивность может исчезать, а неспособность поддерживать внимание длительное время и трудность поддерживать контроль над своими импульсами остаться. Чрезмерная активность обычно является первым симптомом, с которого начинается ремиссия, а отвлечение внимания исчезает последним. Ремиссии обычно не наблюдаются в возрасте моложе 12 лет. Если они появляются, то, как правило, между 12 и 20 годами. Ремиссии могут сопровождаться относительно нормальной жизнью в подростковом и взрослом периоде, установлением адекватных межличностных связей и небольшим числом остаточных явлений. Большинство больных с РГДВ, однако, переносят частичную ремиссию и обнаруживают предрасположенность к антисоциальным и другим личностным расстройствам настроения. Нарушение способности к обучению, как правило, сохраняется.

Приблизительно в 15-20% случаев симптомы расстройства в виде гиперактивности с дефицитом внимания сохраняются во взрослом периоде жизни. Такие личности могут обнаруживать снижение гиперактивности. Хотя способности к усвоению знаний у них ниже, чем у лиц без РГДВ, они работают так же, как и другие, с таким же оборудованием.

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ

Прежде всего надо рассматривать временное сочетание из повышения уровня активности и неспособности длительное время удерживать внимание. Часто бывает трудно отдифференцировать эти временные явления от кардинальных симптомов расстройства

в виде гиперактивности с дефицитом внимания в возрасте младше 3 лет, в основном из-за перекрывающихся характеристик незрелой нервной системы в норме и признаков нарушения зрительно-моторного восприятия, которые часто наблюдаются у детей с РГДВ.

Состояние тревоги у слишком тревожных детей или неспецифическое расстройство в виде тревожности также надо исключить. Тревога может сопровождать РГДВ как вторичная характеристика: тревога сама по себе может проявляться чрезмерной активностью и легкой отвлекаемостью. У многих детей с расстройством в виде гиперактивности с дефицитом внимания развивается вторичная депрессия как реакция на продолжающуюся фрустрацию по поводу их неспособности к обучению и низкой самооценки. Ее надо отличать от первичной депрессии, когда более типичными являются гипоактивность и замкнутость.

Различные формы расстройств поведения с гиперактивностью и агрессией можно спутать с расстройством в виде гиперактивности с дефицитом внимания, которые часто связаны с этим расстройством и являются вторичными к нему. Часто наблюдается сочетание расстройства поведения и РГДВ, и в этом случае надо ставить оба диагноза.

ЛЕЧЕНИЕ

Медикаментозное лечение

Фармакологические вещества, применяемые для лечения этого состояния, являются стимуляторами ЦНС. В основном это сульфат дексамфетамина (Декседрин), метилфендиат (Риталин) и пемолин (Цилерт). У ребенка может иметь место хорошая реакция на один препарат и плохая на другой; индивидуальные дозы также вариабельны.

Механизм действия стимуляторов неизвестен, но к ним может возникать идиосинкразия, проявляющаяся в снижении двигательной активности и еще большем снижении способности поддерживать внимание. Эти препараты могут отрицательно влиять на рост и массу тела, поэтому нет единого мнения о целесообразности их применения. Некоторые исследователи сообщают, что ребенок под влиянием этих препаратов перестает расти и не прибавляет в весе. Эти возможные побочные эффекты надо сопоставлять с положительными эффектами в каждом случае. Разногласия существуют также по вопросу о привыкании и возникновении зависимости к этим препаратам; однако, если подходить с осторожностью и придерживаться рекомендованных доз, их преимущества сильнее, чем риск к привыканию. Другим рекомендуемым препаратом является вещество, которое вначале было предложено как антидепрессант — гидрохлорид имипрамина (тофранил). Но он

вначале не предназначался для РГДВ или вообще для детей младше 6 лет, поскольку дети могут сильнее, чем здоровые взрослые, реагировать на его кардиотоксическое действие. Преимуществом имипрамина является то, что он не вызывает привыкания. Действие этих препаратов осуществляется через катехоламины. Их надо использовать у детей с осторожностью из-за потенциального токсического эффекта.

Психотерапия

Применение лекарств только изредка позволяет добиться полного выздоровления детей с РГДВ; требуется также психологическая помощь им и их семьям. Эта помощь должна обеспечить детям возможность понять значение проводимого им лечения и рассеять ложные представления (такие, как «я сумасшедший»); необходимо объяснить, что химиотерапия является только вспомогательным средством. Этим детям надо понять, что лечение не ставит целью совершенствовать их и что они, как и все люди, имеют право на то, чтобы иногда быть непредсказуемыми, не соглашаться с чем-нибудь и быть «трудными».

Когда таким детям не только разрешают, но даже помогают структурировать свое окружение, у них уменьшается тревога. Таким образом, родители и учителя должны подобрать подходящую структуру, включающую вознаграждение и наказание с использованием модели поведения, и распространить ее на физическое и интерперсональное окружение. Почти универсальным требованием является помощь родителям в том, чтобы они поняли, что, если их детям все позволять, это не принесет им пользы. Они должны также понять, что, несмотря на наличие определенных недостатков, их дети должны справляться с обычными для всех подрастающих детей проблемами, включая стандартную интроекцию и выработку нормального, гибкого суперэго. Поэтому дети с РГДВ не нуждаются в том, чтобы их отстраняли от требований, ожиданий и планов, которые применяются к другим детям.

Оценка терапевтического прогресса

Контроль за состоянием устанавливается с начала лечения. Из-за того, что более всего страдает школьная успеваемость, специальное внимание и усилия следует приложить для установления и поддержания близкого рабочего сотрудничества со школой, где учатся дети.

У большинства больних стимуляторы снижают гиперактивность, отвлекаемость, импульсивность, эксплозивность и раздражительность. Факты о том, что лечение непосредственно улучшает какие-либо из имеющихся нарушений, отсутствуют, хотя дефицит внимания ослабевает и дети учатся более успешно. Следователь-

но, лечение обеспечивает условия, способствующие улучшению академической успеваемости, но будет ли она на деле улучшаться, зависит от того, что сделает школа в этом направлении.

Недифференцированное расстройство с дефицитом внимания

Это расстройство является следствием РГДВ, которое не проходит к 13-летнему возрасту. Из истории болезни видно, что больной был болен с детства, причем заболевание отвечает критериям РГДВ. Во взрослом периоде жизни резидуальными признаками заболевания являются импульсивность и дефицит внимания (например, трудности в организации и завершении работы, неспособность к концентрации внимания, повышенная отвлекаемость и внезапные решения, не продуманные относительно их последствий). Многие из этих "больных страдают вторичной депрессией, которая сочетается с низкой самооценкой, связанной с нарушением у них способности к выполнению тех или иных заданий и отражается как на профессиональной, так и на общественной деятельности. Для лечения этого расстройства применяется амфетамин (5—40 мг/сут) или метилфендиат (5—60 мг/сут). При положительном действии наблюдается увеличение периодов удержания внимания, понижение импульсивности и улучшения настроения. Психофармакологическая терапия иногда продолжает проводиться. Из-за потенциальной возможности привыкания врач должен тщательно контролировать лечение и осложнения. DSM-III-R утверждает, что необходимы дальнейшие исследования в этой области. Ниже приводятся диагностические критерии для недифференцированного расстройства с дефицитом внимания. Это резидуальная категория для нарушений, при которых доминирующей устойчивой особенностью является выраженное нарушение внимания, уровень которого не соответствует возрасту, и не являющегося симптомом другого заболевания, такого, как задержка умственного развития или РГДВ, или же дезорганизованное и хаотическое поведение. Некоторые из этих нарушений, которые в DSM-III-R названы расстройством в виде гиперактивности без дефицита внимания, должны входить в эту категорию. Для того, чтобы судить о валидности этой диагностической категории, необходимы дальнейшие исследования, и если ответ будет положительным, как их назвать.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

Biederman J., Munir K., Knee D. et al. High rate of affective disorders in probands with attention deficit disorder and in their relatives: A controlled family study.— Am. J. Psych., 1987, 144, 330.

Loney J., Kramer J., Milich R. The hyperkinetic child grows up: Predictors of symptoms,

deliquency, and achievement at follow-up.— In: Psychosocial Aspects of Drug Treatment for Hyperactivity/Eds. K. D. Gadow, J. Loney, p. 381. Westview Press, Boulder, CO, 1981.
Rutter M., Graham P., Yule W. A neuropsychiatric study in childhood.— Am. J. Psychiatry, 1982, 139, 1.
Silver L. B. A proposed view on the etiology of the neurological learning disability syndrome.—J. Learn. Disabil., 1971, 4, 123.
Taylor E. Syndromes of overactivity and attention deficit.— In: Child and Adolescent Psychiatry: Modern Approaches, ed. 2/Eds. M. Rutter, L. Hersov, p. 424. Blackwell Scientific Publications, Oxford, England, 1985.
Trites R. L., Lapraed K. Evidence for an independent syndrome of hyperactivity.— Child Psychol. Psychiatry, 1983, 24, 573.
Weiss G., Minde K., Werry J. et al. Studies on the hyperactive child, vol. 17: Five year follow-up.—Arch. Gen. Psychiat., 1971, 24, 409.

29.3. РАССТРОЙСТВО ПОВЕДЕНИЯ В ВИДЕ НЕПОКОРНОСТИ И НЕПОСЛУШАНИЯ

ОПРЕДЕЛЕНИЕ И ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ

Существенной особенностью расстройства поведения с непокорностью и непослушанием является вызывающее поведение с негативизмом, враждебностью, часто направленное против родителей или учителей. Эти действия, однако, не включают более серьезных проявлений в виде насилия над другими, которые встречаются при других формах расстройств поведения. Ниже представлены диагностические критерии для расстройств поведения с непокорностью и непослушанием (предполагается, что отмеченные проявления встречаются у данного контингента чаще, чем у большинства людей того же возраста):

А. Расстройство по меньшей мере в течение 6 мес, во время которого наблюдается не менее 5 из следующих проявлений:

1) часто теряет терпение;
2) часто спорит со взрослыми;
3) часто не делает необходимые дела или отказывается выпол нять просьбы или правила, например, отказывается выполнять домашнюю работу;
4) часто специально делает то, что раздражает других, например, хватает шапки, принадлежащие другим детям;
5) часто обвиняет других в своих собственных ошибках;
6) очень чувствителен или легко раздражается поступками дру гих;
7) часто сердится и возмущается;
8) часто недоброжелателен и мстителен;
9) часто сквернословит и говорит непристойности.

Отметьте: Приведенные выше пункты, перечисленные в нисходящем порядке по силе, основаны на данных применения критериев DSM-III-R в области национального судебного разбирательства для расстройств в виде деструктивного поведения.

Б. Не соответствует критериям для расстройств поведения и не проявляется исключительно в курсе психотического расстройства, дистимии, тяжелой депрессии, гипомании или маниакального эпизода.

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ

Поведение с непокорностью и негативизмом может наступить и при нормальном развитии ребенка в раннем детстве. Эпидемиологические исследования негативизма среди здоровых детей показали, что они встречаются у 16—22% школьников. Хотя это расстройство может возникать уже в возрасте 3 лет, обычно оно начинается к 8 годам и заканчивается к подростковому периоду.

Согласно DSM-III-R это расстройство более часто встречается у мальчиков перед пубертатом, а после пубертата — одинаково у обоих полов. По другим данным, девочкам диагноз расстройства в виде непокорности и непослушания ставится чаще, чем мальчикам (если пользоваться критериями DSM-III), тогда как мальчикам чаще ставится диагноз расстройства поведения.

Каких-либо сведений относительно отличительных свойств семей, из которых происходят эти дети, нет, но почти все родители сами придают большое значение силе, контролю над другими и своей обособленности. В некоторых семьях встречаются упрямцы, чрезмерно властные или депрессивные матери и пассивно-агрессивные отцы. Во многих случаях больные были нежелательными детьми.

ЭТИОЛОГИЯ

Выключение собственной воли и противопоставление ее воле других является критическим для нормального развития. Это ведет к установлению обособленности личности, которая формирует тождество, внутренние стандарты и контроль. Наиболее демонстративным примером нормального поведения с непослушанием и непокорностью являются поведенческие «пики между 18 и 24 мес», «ужасные 2-летние», когда ребенок, начинающий ходить, ведет себя негативистично, что является выражением стремления к независимости. Патология возникает, когда эта фаза развития становится устойчивой, иногда этому способствует чрезмерное давление со стороны опекающих лиц; патологией является также более частое повторение такого поведения у ребенка, чем это характерно для его умственного возраста.

Может быть конституциональное или обусловленное темпераментом предрасположение к сильной воле или самоутверждению. Если у родителей тоже наблюдается стремление быть более сильными и управлять или если они используют власть в своих собственных целях, борьба способствует возникновению и развитию

поведения с непокорностью и непослушанием. То, что начинается у младенца, как попытка самоутверждения, превращается в защиту против чрезмерной зависимости от матери и в инструмент, препятствующий проникновению других в свое эго.

В более позднем периоде детства внешние травмы, заболевания или хроническая неполноценность, например умственная отсталость, могут сформировать оппозиционализм как защиту против беспомощности, тревоги и потери самоуважения. Другая нормальная фаза оппозиции появляется в подростковом возрасте и является выражением необходимости отделиться от родителей и установить автономную сущность.

Классическая психоаналитическая теория постулирует, что этиологическим фактором этого расстройства являются неразрешенные конфликты, развивающиеся в анальный период. Теоретики поведенческой концепции предполагают, что оппозиционализм подкрепляется; выученное поведение, с помощью которого ребенок достигает контроля над опекающими его лицами, например выражая раздражительность, если его заставляют делать то, что он не хочет, он заставляет родителей отказаться от их требования. Кроме того, возросшее внимание родителей — например, долгие беседы о воспитании — также может подкреплять поведение.

КЛИНИЧЕСКОЕ ОПИСАНИЕ

Согласно DSM-IH-R дети с таким расстройством часто спорят со взрослыми, теряют терпение, бранятся, сердятся, возмущаются и легко раздражаются другими. Они часто не выполняют просьб и требований других и специально раздражают других. Пытаются обвинить других в своих собственных ошибках и трудностях. Расстройство почти всегда проявляется дома, а в школе, среди других взрослых и сверстников может и не проявляться. В некоторых случаях уже в начале заболевания его симптомы выявляются вне дома, в других случаях они начинаются дома, но позже проявляются и в других местах. Обычно симптомы расстройства наиболее очевидны при взаимодействии с родителями или сверстниками, которых ребенок хорошо знает. Таким образом, у детей с этим расстройством мало выявляются или вообще отсутствуют признаки нарушений при клиническом исследовании. Обычно они не рассматривают себя как непослушных и непокорных, но связывают свои поступки с тяжелыми обстоятельствами. Это расстройство причиняет больше неприятностей тем, кто сталкивается с этими детьми, чем самим детям.

Хроническое расстройство в виде непослушания и непокорности всегда препятствует нормальным взаимоотношениям с другими и успешному обучению в школе. У таких детей часто нет друзей, и они не довольны тем, как складываются человеческие отно-

шения. Несмотря на нормальный интеллект, они плохо учатся в школе или совсем не успевают, поскольку не хотят ни в чем участвовать, сопротивляются требованиям и хотят решать свои задачи без посторонней помощи.

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ

Из-за того, что поведение с непослушанием является как нормальным, так и адаптивным на определенных стадиях развития, эти периоды негативизма следует отличать от самого расстройства. Поведение с непослушанием, являющееся стадией нормального развития, менее продолжительно, чем расстройство поведения с непослушанием и непокорностью, и наблюдается не так часто у детей данного умственного возраста.

Поведение с непослушанием и непокорностью, которое возникает на короткий промежуток и является реакцией на тяжелый стресс, следует диагностировать как расстройство адаптации.

Когда черты такого поведения появляются в рамках расстройства поведения, шизофрении или расстройства настроения, диагноз расстройства поведения с непослушанием и непокорностью не ставится.

Поведение с непослушанием и негативизмом может иметь место при первазивных расстройствах поведения, хроническом органическом психосиндроме, РГДВ и при задержке умственного развития. Ставится ли сопутствующий диагноз расстройств поведения в виде непослушания и непокорности, зависит от тяжести, первазивности и продолжительности нарушений поведения.

ЛЕЧЕНИЕ

Лечение этого расстройства у ребенка начинается с индивидуальной психотерапии и консультирования родителей относительно его воспитания.

К родителям применяется также поведенческая терапия, их обучают, как надо изменить поведение, чтобы отбить у ребенка охоту к непослушанию и заинтересовать его вести себя хорошо. Поведенческая терапия фокусируется на селективном подкреплении и наградах за хорошее поведение, тогда как плохое поведение игнорируется или не подкрепляется.

Врачи, которые лечат этих больных с помощью метода индивидуальной психотерапии, отмечают, что семейные устои ригидны и их нелегко сломать, если только дети сами не создадут новый тип отношений с врачом. В курсе терапии у детей могут возродиться автономно-угрожающие ощущения, в результате которых возникает защита. Если отношения безопасны и не контролируются, они могут понять саморазрушительную природу своего поведения и риск, существующий при попытке прямого самовы-

ражения. Их самооценка должна восстановиться перед тем, как они начнут отказываться от автономной защиты против внешнего контроля. Если терапевтическая связь однажды выработана на основе уважения свободы больного, он готов понять причину своей защиты и попытаться исправить поведение.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

Doke L.A., Flippo J. R. Aggressive and oppositional behavior.— In: Handbook of Child Psychopathology/Ed. T. Ollendick, p. 222. Plenum, New York, 1982.

Farrington D. P. The family backgrounds of aggressive youths.— In: Aggression and Antisocial Behavior in Childhood and Adolescence/Eds. L. Herzov, M. Berger, D. Shaffer. Pergamon, Oxford, England, 1978.

Glueck S., Glueck E. Unraveling Juvenile Deliquency. Commonwealth Fund., New York, 1950.

Group for the Advancement of Psychiatry Psychopathological Disorders in Childhood. Theoretical Consideration and a Proposed Classification. Group for the Advancement of Psychiatry, New York, 1966.

Levy D. M. Oppositional syndromes and oppositional behavior.— In: Psychopathology of Childhood/Eds. P. Hoch, J. Zubin, p. 204. Grune and Stratton, New York, 1955.

Lewis D.O., Shanok S.S., Grant M., Ritvo E. Homicidally aggressive young children: Neuropsychiatric and experimental correlates.— Am. J. Psychiatry, 1983, 140, 148.

Lewis D. O., Shanok S. S., Lewis M. L. et al. Conduct disorder and its synonyms: Diagnosis of dubious validity and usefulness.— Am. J. Psychiatry, 1984, 141, 514.

Robins L. Deviant Children Grown Up. Williams and Wilkins, Baltimore, 1966.

Глава 30

ТРЕВОЖНЫЕ РАССТРОЙСТВА В ДЕТСКОМ И ПОДРОСТКОВОМ ВОЗРАСТЕ

Имеется три тревожных расстройства в детском и подростковом возрасте, в котором тревога играет доминирующую роль. В тревожном расстройстве изоляции и поведения избегания детского и подросткового возраста тревога фокусируется на специфических ситуациях. При чрезмерной тревожности тревога генерируется в самых различных ситуациях. Все расстройства в виде тревожности, описываемые в этой главе, приведены в табл. 27.

ТРЕВОЖНОЕ РАССТРОЙСТВО ИЗОЛЯЦИИ

Определение

Тревожное расстройство при изоляции является синдромом, особенностью которого является чрезмерная выраженность изолированности от большинства лиц, осуществляющих опеку, или от дома или от других знакомых ситуаций. После такой изоляции такие дети могут переживать тревогу вплоть до паники, значительно сильнее ожидаемой при данном уровне развития.

Согласно DSM-III-R диагноз тревоги изоляции не должен ста? виться, если ребенок младше школьного возраста, но в большинстве случаев расстройство начинается в 11—12 лет, наиболее выражены формы этого расстройства, когда ребенок отказывается идти в школу.

Этиология

Психосоциальные факторы. Маленькие дети, незрелые и зависящие от опекающих их лиц, особенно склонны к тревоге, связанной с изоляцией. В связи с тем что дети переживают ряд страхов в период развития—страх быть уничтоженным, страх потерять мать, страх перед своими импульсами, страх потерять какую-либо часть тела или его целостность, а также страх наказания суперэго, большинство уже имело опыт кратковременной тревоги изоляции, основанный на том или ином страхе. Однако расстройство в виде хорошо очерченной тревоги изоляции наиболее часто встречается у маленьких детей, когда у них наблюдается анаклитическая депрессия, или депрессия, связанная с потерей матери. Когда наступает необходимость разлучаться с родителями и идти в школу, развивается синдром школьной фобии или отказ от посещения школы.

Таким образом, синдром типичен для детского возраста, особенно в легких формах, не приводящих к обращению к врачу. Только когда синдром полностью

Таблица 27. Общая характеристика расстройств в виде тревоги в детском и подростковом возрасте

Критерии	Тревожные расстройства при разлуке	Поведение избегания	Расстройство в виде чрезмерной тревожности
Минимальный срок для постановки диагноза	Более 2 нед	Не менее 6 мес	Не установлено
Возраст начала	От дошкольного до 18 лет	$2\,^1/_2$ года— 18 лет	3 года или старше
Провоцирующие стрессы	Разлука с лицами, выполняющими родительские функции, другие потери, переезды	Давление, оказываемое необходимостью принимать участие в общественной жизни	Сильное давление, связанное с необходимостью что-то делать, угроза для самооценки, чувство неуверенности в себе
Отношения со сверстниками	Хорошие, если не мешает разлука	Носят временный характер, внешняя заторможенность	Внешняя склонность к тому, чтобы сделать приятное, разыскивает сверстников, с которыми устанавливаются отношения зависимости
Сон	Трудности в засыпании, боязнь темноты, ночные кошмары	Временами трудности в засыпании	Трудности в засыпании
Психофизиологические нарушения	Боли в желудке, тошнота, симптомы, напоминающие грипп, пальпитации, головокружение, слабость		Боли в желудке, тошнота, рвота, комок в горле, быстрое дыхание, головокружение, пальпитации
Дифференциальный диагноз	Расстройство в виде чрезмерной тревожности, шизофрения, депрессия, нарушение поведения, первазивное расстройство развития, тяжелая депрессия, панические реакции с агорафобией	Расстройство адаптации с аутизмом, чрезмерная тревожность, тревога разлуки, тяжелая депрессия, дистимия, личностные расстройства в виде избегания, пограничные личностные расстройства	Тревога разлуки, гиперактивность с дефицитом внимания, расстройство поведения с избеганием, расстройство адаптации с тревогой, обсессивно-компульсивные расстройства, психозы, расстройства настроения

развивается и препятствует развитию адаптации в школе, семье, среди сверстников, необходимо обратиться к профессиональному психиатру.

Обучение. Фобическая тревожность может передаться от родителей к детям путем прямого моделирования. Если родитель боязлив^ очень вероятно, что у ребенка разовьется фобическая адаптация к новым ситуациям, особенно к школьному окружению. Некоторые родители обучают своих детей тревожности, чрезмерно защищая их от ожидаемых опасностей или путем преувеличения опасности. Например, родители, которые съеживаются от страха во время грозы с молнией, учат тому же и детей. Родитель, который боится мышки или насекомого, передает этот страх ребенку, и напротив, родитель, который сильно гневается, если ребенок обнаруживает боязнь к животному, может вызвать у ребенка страх из-за этого сильного гнева.

Генетический фактор. Возможно, имеет место генетическая основа для этого расстройства, отражающаяся в той интенсивности, с которой изолируемые дети выражают тревогу. Семейные исследования показали, что биологические потомки взрослых с тревожным расстройством более склонны в детстве страдать по поводу тревоги. Между тревожным расстройством при изоляции и депрессией у детей наблюдается связь, и некоторые врачи рассматривают это расстройство как вариант депрессии.

Клинические особенности

Согласно DSM-III-R существенной особенностью этого расстройства является чрезвычайная тревога, усиливаемая изоляцией от родителей, дома или привычного окружения. Тревога может достигать состояния ужаса или паники. Отчаяние превышает тот уровень, которого можно было ожидать в связи с возрастом ребенка, и ее нельзя объяснить никаким другим расстройством. Во многих случаях расстройство протекает по типу фобии, хотя фобия обычно не направлена на что-то одно, на определенный символический объект. Из-за того, что это расстройство отмечается в детстве, оно не включено в другие фобические расстройства, наблюдающиеся во взрослом периоде, когда фобическая личность гораздо более структурирована.

Болезненные страхи, одержимость и размышление характерны для этого расстройства. Такие дети испытывают страх, что кто-то, кто к ним близок, будет оскорблен или что с ними случится что-то страшное, когда придется расстаться с опекающими лицами.

Многие дети волнуются, что с ними или с их родителями дома произойдет несчастный случай или они заболеют. Типичными являются страх, что их похитят, и они никогда не смогут найти родителей.

Подростки иногда не непосредственно выражают тревогу и озабоченность относительно расставания с матерью или той, которая ее замещает. И все же их поведение часто отражает тревогу изоляции в том, что они могут испытывать дискомфорт, живя дома, и продолжать обращаться к материнской помощи при покупке одежды, посещении школы и отдыхе.

Тревожное расстройство при изоляции у детей часто проявляется при мыслях о путешествии или при самом путешествии из дома. Такие дети отказываются ехать в лагерь, переходить в новую школу или даже навещать своего друга. Часто имеет место континуум между легкой предварительной тревогой перед изоляцией от важного для ребенка лица и резкой первазивной тревогой, когда расставание произошло. Предварительные признаки включают раздражительность, потерю аппетита, хныканье, приставание к родителям и сопровождение их. Часто, когда семья переезжает, ребенок обнаруживает тревогу изоляции, «цепляясь» за мать. Иногда изменение географического положения вызывает тревогу, которая выражается в чувстве острой тоски по дому или в наличии психофизиологических нарушений, которые обрушиваются, когда ребенок находится вдали от дома или переезжает в другую страну. Ребенок мечтает вернуться домой и находиться во власти фантазий, насколько лучше ее или его прежний дом. Приспособление к новой жизни может стать чрезвычайно затруднительным.

Часто имеют место нарушения сна, и иногда кто-то должен сидеть с ребенком, пока он не уснет. Дети часто просятся в постель к родителям или даже спят у двери родителей, если их туда не пускают. Другим выражением тревоги являются ночные кошмары и болезненные страхи.

Сопутствующими особенностями являются страх темноты и воображаемые причудливые страхи. Детям кажется, что на них уставились какие-то глаза, принадлежащие мифическим фигурам и монстрам, проникшим к ним в комнату.

Многие дети требуют от взрослых постоянного внимания и облегчения своей тревоги. При необходимости расстаться с лицами, обеспечивающими родительскую заботу, наблюдаются нарушения. Если расставание не пугает, многие дети с этим расстройством не обнаруживают межличностных нарушений. Однако они иногда выглядят грустными и плачут. Могут жаловаться, что их не любят, говорят, что хотят умереть или утверждают, что сиблингов любят больше. Часто наблюдаются нарушения со стороны деятельности желудочно-кишечного тракта, такие симптомы, как тошнота, рвота или боли в желудке, а также в разных частях тела, бывают боли в горле и симптомы, напоминающие грипп. У более старших детей типичными являются симптомы нарушения со стороны сердечно-сосудистой и дыхательной системы, пальпитации, головокружение, слабость, удушье.

Течение и прогноз

Обычно периоды обострения и ремиссии чередуются приблизительно каждые 7 лет. Течение этого расстройства зависит от наличия или отсутствия надежной фигуры, выполняющей роль матери. Когда такое лицо отсутствует, в младенчестве на короткое время может развиться тревога изоляции, которая прекращается только при возвращении матери. В более позднем периоде детства расстройство в виде тревоги изоляции не так легко проходит, даже после возвращения матери. Однако наличие и соответствие фигуры, заменяющей мать, может минимизировать или ликвидировать это состояние.

Когда надежная материнская фигура отсутствует в течение месяцев, или когда интернализованное представление об отвергнувшей или отсутствующей материнской фигуре выкристаллизовывается, тревога изоляции может устойчиво оставаться в течение многих лет. В некоторых случаях такие дети не могут посещать школу или действовать самостоятельно в различных сферах. Очень редко этим детям нужна больничная помощь, чтобы они могли избежать отрицательного влияния дома и почувствовать себя лучше в условиях дружеского, надежного окружения. Случаи, оставшиеся нелечеными, становятся хроническими, когда страх и физические проявления переходят в соматоформные расстройства или депрессию.

Предрасполагающие факторы

Характерная структура, развивающаяся у детей с этим расстройством, включает добросовестность, желание'сделать приятное и тенденцию к взаимозаменяемости. Они близки к членам семьи и проявляют о них заботу, и такие дети часто кажутся испорченными или объектами чрезмерной опеки.

Внешние жизненные стрессы часто совпадают с развитием этого расстройства. Смерть родственника, болезнь ребенка, изменения в окружающей ребенка среде или переезд в соседнее место жительства, или переход в новую школу часто встречаются в истории таких детей.

Диагноз

Диагностические критерии для тревожного расстройства изоляции:

А. Чрезмерная тревога при изоляции от тех, к кому ребенок привык, как видно, состоит по меньшей мере из трех следующих компонентов:

1) нереалистический и устойчивый страх, что лицам, заботящимся о них, угрожает что-то или что они оставят их и не вернутся;
2) нереалистическое и устойчивое беспокойство, что неприятные и пагубные события отделят ребенка от тех, кто о нем заботится, например, ребенок потеряется, будет похищен, убит или станет жертвой несчастного случая;
3) устойчивое нежелание или отказ идти в школу, чтобы остаться дома с необходимыми для ребенка лицами;
4) упорное нежелание или отказ идти спать вне дома;
5) устойчивое избегание одиночества, включая «приставание» и «следование тенью» за основными опекающими фигурами;
6) повторные ночные кошмары на тему изоляции;
7) жалобы на физическое недомогание, например, головную боль, боли в животе, тошноту или рвоту, часто наблюдающиеся в школе или в других случаях, когда ожидается разлука с опекающими фигурами;
8) повторные признаки или жалобы на чрезмерное горе ,в предвидении разлуки с домом или с основными опекающими фигурами, например, вспышки гнева или плач, просьба к родителям не уезжать;
9) повторные признаки или жалобы на огромное горе, когда приходится расставаться с домом или с опекающими фигурами, например, хочет вернуться домой, хочет вызвать родителей, если их нет или если ребенок находится не дома.

Б. Длительность расстройства не меньше 2 нед;

В. Начало в возрасте до 18 лет;

Г. Появление не только во время первазивного расстройства развития, шизофрении или другом психотическом расстройстве.

Диагноз ставят в том случае, когда любые из перечисленных выше симптомов присутствуют в течение по меньшей мере 2 нед. Расстройство рассматривается как легкое, когда ребенок более часто, чем просто случайно, вспоминает о разлуке с родителями или домом, но может находиться в новой ситуации, несмотря на некоторую тревогу. Расстройство считается умеренным, если ребенок выражает панические реакции на разлуку, но может временами вести себя нормально, хотя периодически развиваются острые симптомы; например, такого ребенка приходится провожать в школу или в лагерь или сопровождать, когда он выполняет какое-то поручение. В тяжелых случаях расстройства в виде тревожности, у ребенка отмечаются панические реакции перед угрозой или реальной разлукой и он отказывается идти в школу или оставаться дома один.

В истории жизни часто обнаруживаются эпизоды разлуки в жизни ребенка, особенно в связи с болезнью или госпитализацией, болезнью родителей, утратой родителя или географическим перемещением. Следует изучить период младенчества на предмет выявления расстройств в период разлуки или отсутствия подходящей материнской фигуры. Использование фантазий, снов, игрового материала и наблюдение за ребенком сильно помогают поставить диагноз. Не только содержание мысли, но также способ, которым выражаются мысли, имеют значение. Например, дети могут выражать страх, что их родители умрут, даже если их двигательное поведение не свидетельствует об этом. Сходно их трудности в описании событий или отрицание очевидного, провоцирующего тревогу, события указывают на расстройство в виде тревоги разлуки. Нарушения памяти, выявляющиеся при разговоре на тему разлуки или искажения при рассказе об этом, также могут служить признаками наличия расстройства.

Дифференциальный диагноз

Согласно DSM-III-R некоторая степень тревоги изоляции является нормальным феноменом, и клиническое исследование должно установить, нормальное ли это явление или расстройство в виде тревоги. При чрезмерных тревожных расстройствах тревога не фокусирована на разлуке. При первазивном расстройстве развития или шизофрении тревога относительно разлуки может появляться, но рассматривается как обусловленная этими состояниями, а не как тревога разлуки. При тяжелой депрессии, появляющейся у детей, диагноз тревоги разлуки должен ставиться, когда симптомы удовлетворяют критериям обоих заболеваний. Паническое расстройство с агорафобией не типично для лиц мо-

ложе 18 лет, а страх относится к возможности оказаться во власти панического приступа, а не расставания с родительскими фигурами. В некоторых случаях у взрослых, однако, могут иметь место симптомы расстройства в виде тревоги разлуки.

Лечение

Для лечения школьных фобий, которые могут встречаться в психиатрии, требующих неотложной помощи, разумный план включает ребенка, родителей и сверстников ребенка и школу. Ребенка надо убеждать ходить в школу, если только его не пугает окружающая обстановка, или находиться со сверстниками в нешкольное время. Следует постепенно налаживать контакт с объектом тревоги под руководством доброжелательного взрослого. Эта форма модификации поведения может быть применена к любому типу тревоги изоляции.

Тревожные расстройства в целом отвечают на психотерапию, непосредственно увеличивая независимость ребенка, объясняя ему неосознанное значение нарушений. Семейная терапия помогает родителям понять необходимость устойчивой, поддерживающей любви, а также важность подготовки к серьезным изменениям в жизни, таким, как болезнь, операция или перемена места жительства.

Фармакотерапия полезна при психической тревоге и тревоге изоляции. Назначают гетероциклические антидепрессанты, такие, как имипрамин (Tofranil), начиная с дозы 25 мг в день, затем увеличивают ее на 25 мг до достижения общей дозы 150—200 мг/сут, до тех пор, пока не появится терапевтический эффект. При дозе 200 мг/сут, если эффект отсутствует, надо проверить уровень имипрамина в плазме и активность его метаболита, дезметилимипрамина, чтобы определить, достигнут ли терапевтический уровень препарата в крови. Кроме антидепрессирующего влияния, имипрамин, как считается, обеспечивает редуцирование паники и страха, связанного с разлукой. Дифенгидрамин (Benadryl) может оказать положительный эффект, сломав опасный порочный круг нарушения сна.

РАССТРОЙСТВО В ВИДЕ ИЗБЕГАНИЯ

Определение

Согласно DSM-III-R, расстройство в виде избегания характеризуется устойчивым и чрезмерным избеганием контактов с незнакомыми людьми, которое настолько серьезно, что мешает социальной функции в отношениях со сверстниками, длится по меньшей мере 6 мес и сочетается с отчетливым желанием общаться со знакомыми людьми, например, членами семьи, сверстниками

и лицами, которых он хорошо знает. Отношение с членами семьи и с другими семейными фигурами теплые и удовлетворительные. Этот диагноз не должен ставиться, если субъекту еще не исполнилось 18 лет.

Эпидемиология

Поведение избегания встречается нечасто и клинически наблюдается более часто у мальчиков, чем у девочек, возможно, в связи с социально обусловленными ролевыми моделями — пассивности и замкнутости у девочек. Синдром может развиваться уже в $2\frac{1}{2}$ года, после состояния тревоги или нормального развития. В таких ситуациях часто отмечается моделирование стеснительного, скромного родителя, и девочки могут расти в течение многих лет, избегая социальных ситуаций без внешней тревожности, если их стеснительность поддерживается родителями. Мальчики, с другой стороны, часто более независимые и агрессивные. Поэтому, если стеснительность доминирует в их личности, мальчики начинают страдать из-за нее раньше, чем девочки. Расстройство в виде избегания чаще встречается у матерей детей с расстройством в виде избегания, чем среди населения в целом.

Этиология

Различия в темпераменте могут обусловливать некоторую предрасположенность к этому расстройству, особенно если родитель поддерживает скромность ребенка и замкнутость. Потери, перенесенные в раннем детстве, сексуальные травмы или другие типы физических повреждений или пренебрежение также могут вносить вклад в развитие поведения избегания. Дети с хроническими физическими заболеваниями в детстве, например, ревматики или нуждающиеся в ортопедической помощи, могут не обучиться навыкам, которые соответствуют их возрасту и которыми владеют их сверстники, так как они не участвуют в социальных отношениях со своими сверстниками. Сходно дети, которые вырастают в чужих странах или много раз переезжают с места на место, также не приобретают необходимых социальных навыков, что не позволяет им включиться в социальный мир своих сверстников.

Клинические особенности

Дети с поведением избегания не поддерживают контактов или нормальных связей с незнакомыми в такой степени, что это заметно влияет на их взаимоотношения со сверстниками. Избегание контактов с незнакомыми людьми длится еще долгое время после того, как они познакомятся. Эти дети медленно «оттаивают»,

хотя многие из них активно участвуют в социальных группах, которые оказывают существенную поддержку. Обычно эти дети бывают теплыми и естественными в домашнем окружении. Однако они часто хнычут, пристают и предъявляют большие требования тем, которые с ними.

Смущение и радость слышны в их голосах, и иногда они не говорят, а шепчут и стоят сзади других или прячутся за мебель, чтобы их не заметили.

Для таких детей характерны покраснения на коже, затруднение речи, легкая смущаемость. В основе их поведения лежит гнев, ярость или грандиозность. Фактов о наличии интеллектуальных нарушений или фундаментальных затруднений в общении нет, даже если кажется, что эти дети не могут говорить. Когда их заставляют участвовать в социальных мероприятиях, дети с поведением избегания становятся плаксивыми и тревожными. Они жмутся к опекающим их лицам и отказываются участвовать в новых видах деятельности. В подростковом возрасте длительная задержка в развитии психосексуального созревания приводит иногда к затруднению в отношении со сверстниками и установлении соответствующих социальных, сексуальных и агрессивных подростковых проявлений. Крайнее торможение в воссоздании такой деятельности является типичным, и необходима значительная поддержка, чтобы убедить их принять участие. Иногда робость и торможение усложняют процесс обучения. В таких случаях истинные способности ребенка становятся очевидными только при исключительно благоприятных условиях воспитания.

Диагноз

Диагноз не должен ставиться ребенку младше $2^1/_2$ лет, когда проходит фаза нормальной тревожности по отношению к незнакомым людям. Он ставится на основании чрезмерного избегания контактов с незнакомыми людьми в течение 6 мес или дольше. Дети с расстройством в виде избегания испытывают трудности при разлуке с родительскими фигурами, особенно если встречаются с незнакомыми людьми. Часто родителям приходится присутствовать в комнате в начале беседы ребенка с врачом, так как ребенок требует показать, где его родители. Ниже приводятся диагностические критерии для расстройства поведения с избеганием в детском или подростковом возрасте:

А. Чрезмерное избегание контактов с незнакомыми людьми в течение 6 мес и дольше, настолько тяжелое, что мешает социаль ной активности и отношением со сверстниками;

Б. Желание иметь дело со знакомыми людьми (членами семьи и сверстниками, которых ребенок хорошо знает) и теплое, хорошее отношение к членам семьи;

В. Возраст не менее $2^1/_2$ лет;

Г. Расстройство не настолько первазивное и устойчивое, чтобы можно было поставить диагноз «Расстройство личности с избеганием».

Дифференциальный диагноз

Расстройство в виде избегания находится в тени расстройства личности с избеганием, нарушения адаптации с замкнутостью

и пограничных состояний. Расстройство адаптации с замкнутостью отчетливо связано с недавним психосоциальным стрессом, в отличие от расстройства избегания, которое является длительным состоянием без острого периода, внешнего стресса, который мог бы его ускорить. При расстройстве в виде чрезмерной тревожности тревога не ограничивается контактом с незнакомыми, как при расстройстве в виде избегания. При тревоге изоляции тревога связана с разлукой с лицами, ухаживающими за ребенком, а не с тем, что приходится общаться с незнакомыми. Расстройство личности с избеганием диагностируется только, если паттерн поведения удерживается в течение многих лет. Пограничные синдромы— более серьезная категория патологии и симптомы более разнообразны, что не характерно для первичного избегания контактов с незнакомыми людьми и новыми ситуациями. При тяжелой депрессии и дистимии больной замкнут в отношении всех лиц, включая знакомых.

Лечение

Психотерапия является эксплицитным одобрением со стороны родителя и является предпочтительным методом с самого начала. Большая часть работы направлена на помощь ребенку суметь разлучиться с родителем и понять, что независимая активность может быть безопасной и интересной. Работая с родителями, врач должен показать доброжелательно и искренне, как ребенок управляет родителями своей стеснительностью и робостью. Родитель может дать затем ребенку возможность ощутить терпимую тревожность и таким образом оградить его от вторичного «выигрыша» за счет робости. Развитие навыков в танце, музыке, пении или письме может оказаться ценным для поддержания эго у таких детей. Иногда на короткое время можно назначать анксиолитики, чтобы преодолеть поведение избегания. Больше всего требуется переструктурировать отношения в поддерживающем терапевтическом окружении, которое приводит ребенка к необходимости столкнуться с новыми ситуациями и справиться с тревогой, чтобы достигнуть высокого уровня независимой деятельности.

Родители часто требуют терапии, так как они не хотят поддерживать нового, отстаивающего свои права, ребенка, особенно если стеснительность поддерживала неосознанные потребности родителей в том, чтобы поддерживать у ребенка инфантилизм.

РАССТРОЙСТВО В ВИДЕ ЧРЕЗМЕРНОЙ ТРЕВОЖНОСТИ

Определение

Соответственно DSM-III-R существенной особенностью расстройства в виде чрезмерной тревожности являются чрезмерная тревога, не имеющая реальных оснований, или период беспокой-

ства, длящийся 6 мес или более. Дети с такими расстройствами очень застенчивы, беспокоятся о будущем (например, об экзаменах, возможности травмы или исключения из объединившейся группы сверстников) или о предстоящих встречах (например, о запретной черте во время общения или совместной работе), думают о дискомфорте и опасностях, предстоящих в будущем. Например, обычный визит к врачу может восприниматься с чрезмерным волнением, даже если предстоит минимальное вмешательство. Такие дети очень волнуются по поводу своих способностей и особенно по поводу того, что о них думают другие. В целом это расстройство дает картину чрезмерно беспокойного и боязливого поведения.

Эпидемиология

Имеются данные, что дети с чрезмерной тревожностью чаще всего происходят из семей с высоким социально-экономическим статусом и являются первенцем в семье. Хотя данное расстройство развивается и у мальчиков, и у девочек, некоторые авторы считают его более типичным для мальчиков, чем для девочек; DSM-IH-R, однако, описывает его как одинаково часто встречающееся у мужчин и женщин. Оно более часто встречается у городских жителей, чем у сельских.

Этиология

Имеются некоторые данные о том, что у детей, страдающих этим расстройством, матери также часто им страдают. Бессознательные конфликты, связанные с фиксацией на эдипальной психосексуальной фазе развития, также указываются, как этиологические моменты. Расстройство часто связано с ситуациями, в которых для ребенка очень важно хорошо выполнить свое задание, даже если он вполне справляется с ним. В таких семьях дети понимают, что они должны удовлетворить высокие требования родителей.

Клиническое описание

Согласно DSM-III-R основные характеристики расстройства состоят в том, что такие дети все время беспокоятся, особенно в отношении будущих событий, если, например, ожидаются встречи (экзамены, вечеринки, спортивные игры). Они очень переживают за свои способности и боятся получить отрицательную оценку. Иногда эти переживания могут иметь характер навязчивости и «умственной жвачки». Физические признаки и симптомы (например, бессонница, покусывание ногтей, пальпитации, нарушения со стороны дыхательного и желудочно-кишечного тракта)

являются типичными. Дети все время находятся в нервном или напряженном состоянии.

Сопутствующими особенностями являются сопутствующие и простые фобии. Дети с этим расстройством часто отказываются ходить в школу, так как там они испытывают тревогу. Они часто выглядят слишком взрослыми, так как озабочены «не по летам». Могут иметь место тенденции все сделать «на отлично», с навязчивыми сомнениями; они так стараются и проявляют рьяное усердие, чтобы добиться похвалы. Они отказываются от участия в другой деятельности, например в спорте. Со многими из этих детей часто происходят несчастные случаи, и они как: бы преувеличивают фактор боли, страдания и возможного увечья, которые могут возникнуть в результате заболевания или несчастного случая, и поэтому часто отправляются на ненужные медицинские исследования.

Течение и прогноз

Из-за высокого уровня вербальных и интеллектуальных способностей большинства детей с чрезмерной тревожностью и относительно хорошего материнского ухода в этих семьях, а также в связи с желанием добиться успеха, течение и прогноз часто благоприятны. Однако встречающиеся неожиданно стрессы могут ухудшить этот прогноз. Редко бывает, что расстройство нарушает способность учиться в школе, хотя бы и с невысокими показателями, мешает жить дома и в обществе, но у подростков с чрезмерной тревожностью могут быть сильные внутренние стрессы, которые переходят во взрослую жизнь как расстройство в виде тревожности или социальные фобии.

Диагноз

Нарушения включают наличие устойчивой тревоги и беспокойства по поводу будущих событий, а также сомнения в соб ственных способностях в ряде областей. Трудности в засыпании, а также страшные сны и соматические жалобы—такие, как головные боли, нарушения со стороны желудочно-кишечного тракта и органов дыхания, не имеющие органической причины,—являются типичными. Расстройство может длиться не менее 6 мес и не должно быть симптомом другого заболевания, такого, как расстройство в виде тревоги при изоляции, расстройство в виде избегания, фобическое расстройство, обсессивно-компульсивное расстройство, депрессия, шизофрения или первазивные расстройства развития. Ниже перечислены диагностические критерии для расстройства в виде чрезмерной тревоги (по DSM-III-R).

А. Чрезмерная или не имеющая реального основания тревога или беспокойство в течение 6 мес или дольше, как указыва ется более частым проявлением по меньшей мере четырех факторов из следующих:

1) чрезмерное или не имеющее реальной почвы беспокой ство относительно будущих событий;
2) чрезмерные или не имеющие реальных оснований со мнения относительно правильности своего поведения в прошлом;
3) чрезмерные и не имеющие реальной почвы сомнения в своих способностях в некоторых областях, например, физкультуры, успеваемости, общественной жизни;
4) соматические жалобы, такие как головные боли, боли в желудке, для которых не удается обнаружить органи ческих причин;
5) выраженная стеснительность;
6) чрезмерная потребность в уверении, что все идет хоро шо;
7) сильное чувство напряжения и неспособность расслабля ться.

Б. Если другое расстройство по оси I имеет место (например, расстройство в виде тревоги при изоляции, фобическое расстройство, обсессивно-компульсивное расстройство), фокус симптомов А не ограничивается ими. Например, если расстройство в виде тревоги при изоляции имеет место, симптомы в А связаны не только с тревогой, касающейся разлуки. Кроме того, расстройство проявляется не только во время психоза или расстройства настроения.

В. При достижении 18 лет и старше не отвечает критериям расстройства в виде генерализованной тревоги;

Г. Появляется не только во время первазивного расстройства развития, шизофрении или любого другого психоза.

Дифференциальный диагноз

Расстройство в виде чрезмерной тревожности отличается от расстройства в виде тревоги или изоляции, где на первое место выступает разлука с кем-то из близких. Расстройство в виде паники характеризуется повторными приступами паники и страхом перед будущими приступами. Обсессивно-компульсивное расстройство имеет более структурированные обсессии и компульсии, чем расстройство в виде чрезмерной тревожности, а первазивное расстройство развития начинается в более раннем возрасте и имеет классические диагностические критерии. При депрессии имеют место доминирующие симптомы расстройства настроения. Перекрывающимися диагнозами может быть тревожный сон, функциональный энурез, неспособность к обучению

и почти каждое из личностных расстройств, кодированных по оси II. Расстройство в виде чрезмерной тревожности не должно диагностироваться, когда тревога является симптомом психотического расстройства или расстройства настроения.

Лечение

Анксиолитики, такие, как диазепам (valium) могут оказать хороший эффект в острых ситуациях, когда будет обсуждено реше - ние относительно их полезности для больных в курсе психотерапии. Острая тревога, сопровождающаяся бессонницей, может хорошо купироваться кратковременными применениями таких седативных средств, как дифенгидрамин (Benadryl). Эффективным оказался бушпирон. Когда эти дети жалуются на психофизиологические нарушения, их надо тщательно обследовать. Если обследование не выявит отклонений, их жалобы надо трактовать как соматические эквиваленты тревоги. Больного надо убедить, что симптомы исчезнут, когда ослабнет тревога.

Эти дети — отличные кандидаты для терапии, направленной на выработку критики, индивидуальной или групповой. Этот метод многие считают методом предпочтения. Актуализированы темы соперничества, желания превосходства и эдипальная борьба. Прогноз у таких детей под влиянием лечения обычно очень хороший.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

Adams P.L., Fras I. Beginning Child Rsychiatry. Brunner/Mazel, New York, 1987.
Anthonv E. J. Communicating therapeutically with the child.— J. Am. Child. Psychiatry, 1964, 3, 106.
Bowlby J. Attachment and Loss, 3 vols. Basic Books, New York, 1969, 1973, 1980.
Compton A. A study of the psychoanalytic theory of anxiety.— J. Am. Psychoanal. Assoc, 1972, 20, 3.
Freud S. Introductory lectures on psychoanalysis.-— In: Complete Psychological Works of Sigmund Freud, vol. 16, p. 393. Hogarth Press, London, 1963.
Last C. G., Francis G., Hersen M. et al. Separation anxiety and school phobia: A comparison using DSM-III criteria.—Am. J. Psych., 1987, 144, 653.
O'Brien J. School problems: School phobia and learning disabilities.—Psychiatr. Clin. North Am., 1982, 5, 297.
Simeon J. G., Ferguson H. B. Recent developments in the use of antidepressants and anxiolytic niedications.— Psychiatric Clin. North Amer., 1985, 8, 893.
Thomas A., Chess S., Birch H.S. Temperament and Behavior Disorders in Children. New York University Press, New York, 1968.

Глава 31

РАССТРОЙСТВА ПОВЕДЕНИЯ, СВЯЗАННЫЕ С ЕДОЙ

ВВЕДЕНИЕ

Согласно DSM-III-R эти расстройства характеризуются значительными нарушениями в поведении, связанном с едой; сюда включают неврогенную анорексию, неврогенную булимию, извращенный аппетит и нарушение способности заглатывать пищу в младенчестве (руминация). Неврогенная анорексия и неврогенная булимия являются, очевидно, производными от какого-то состояния, обычно начинающимися в подростковом или раннем зрелом возрасте. Извращение аппетита и нарушение способности заглатывать пищу в младенчестве являются первичными расстройствами маленьких детей и могут быть несвязанными с неврогенной анорексией и неврогенной булимией.

31.1. ИЗВРАЩЕНИЕ АППЕТИТА

ОПРЕДЕЛЕНИЕ И ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ

Извращение аппетита представляет собой повторяющееся употребление непищевых веществ, таких, как грязь, клей, штукатурка^ бумага. Ниже приводятся диагностические критерии для этого заболевания по DSM-III-R:

А. Повторяющееся употребление в пищу непищевых веществ в течение приблизительно 1 мес.

Б. Не отвечает критериям расстройств в виде аутизма, шизофрении, синдрома Кляйна—Левина.

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ

Извращение аппетита редко наблюдается у взрослых. DSM-III-R утверждает, что иногда оно наблюдается у маленьких детей, у лиц с задержкой умственного развития и у беременных женщин. Согласно некоторым исследованиям оно встречается с частотой 10-32,3% у детей от 1 года до 6 лет. С увеличением возраста оно снижается. Данное нарушение наблюдается одинаково часто у обоих полов.

Употребление клея (геофазия) и крахмала (Арго крахмал) возрастает у беременных женщин в некоторых субкультурах. В одном исследовании сообщалось, что у 55% беременных женщин Грузии отмечается геофазия, а в другом, что 41% беременных негритянок едят крахмал, а 27%—клей.

ЭТИОЛОГИЯ

Предполагается три причины, обусловливающие извращение аппетита: 1) результат ненормальных отношений между матерью и ребенком, который влияет на неудовлетворительное состояние оральных потребностей, проявляющихся в упорном поиске несъедобных веществ; 2) специфический дефицит питания, обусловливающий употребление без разбора непищевых веществ; 3) культурные факторы, являющиеся, по-видимому, важными для геофазии (поедание земли или клея), и съедание крахмала некоторыми беременными женщинами.

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ

Поедание несъедобных веществ в возрасте после 18 мес обычно считается патологическим. Появление извращения в еде начинается обычно в возрасте между 12 и 24 мес; частота встречаемости данного нарушения уменьшается с возрастом. Питательные вещества, которые ребенок получает, он принимает с разным желанием, причем эта разборчивость усиливается с повышением способности к передвижению, что, в свою очередь, уменьшает родительский надзор. Обычно дети пробуют краски, штукатурку, веревку, волосы и одежду; другие дети предпочитают грязь, фекалии животных, камни и бумагу. Клинические последствия могут быть как благоприятными, так и угрожающими для жизни, в зависимости от того, какой предмет проглочен. Из серьезных осложнений можно назвать отравление, обычно из-за содержащей свинец краски, появление кишечных паразитов в результате заглатывания почвы или фекалий, анемия и дефицит цинка из-за поедания клея, тяжелый дефицит железа из-за съедания большого количества крахмала, и непроходимость кишечника из-за попадания туда комков волос, камней и песка.

За исключением умственно отсталых людей, извращение в еде проходит к подростковому возрасту. Извращения, наблюдающиеся во время беременности, проходят с ее окончанием.

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ

DSM-HI-R отмечает, что непищевые вещества могут быть съедены больными с расстройством в виде аутизма, шизофрении и некоторыми физическими расстройствами, такими, как синдром

Кляйна—Левина, и что в таких случаях извращение аппетита не следует указывать как дополнительный диагноз. Некоторые врачи считают, что это неправильный подход, поскольку лишь небольшая часть аутичных больных и больных шизофрении поедает несъедобные вещества.

Поедание необычных и иногда потенциально опасных веществ (например, пищи для животных, употребление туалетной воды, мусора) является частой патологией поведения у детей с недоразвитием какого-то органа (психосоциальный дварфизм).

ЛЕЧЕНИЕ

Определенное лечение извращения в еде отсутствует. Лечение в основном включает психосоциальный, поведенческий и/или семейный подходы.

При лечении этого нарушения должна быть сделана попытка удалить имеющиеся психосоциальные стрессоры. Когда в окружающей среде имеется свинец, его влияние надо свести к минимуму или вообще перевести больного в новые условия.

Хороший эффект имеют некоторые поведенческие подходы. Наиболее быстрого успеха можно достигнуть с помощью легкой аверсивной терапии или негативного подкрепления (слабые электрические стимулы, неприятные звуки или рвотные препараты). Также используются положительное подкрепление, моделирование, влияние на поведение и корректирующая терапия.

Повышение внимания со стороны родителей, стимуляция и эмоциональное воспитание могут сыграть свою роль. В одной работе показано, что встречаемость извращения аппетита отрицательно коррелировала с большим количеством игрового материала и резко увеличивалась в обедненной среде.

У некоторых больных при коррекции дефицита железа и цинка наблюдалось ослабление извращения аппетита.

Медицинские осложнения (например, отравление свинцом), которые развиваются вторично, также надо лечить.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

Blinder B.J,., Chaitin B., Goldstein R., editors. The Eating Disorders. Pergamon Press, New York, 1987.

Cooper M. Pica. Thomas, Springfield, IL, 1957.

Danford D.E., Smith C.J., Huber A.M. Pica and mineral status in the mentally retarded.—Am. J. Clin. Nut., 1982, 35, 958.

Lourie R. S., Millican F. K. Pica.— In: Modern Perspectives in International Child Psychiatry/Ed. J. G. Howells, p. 445. Brunner/Mazel, New York, 1971.

Millican F. K., Dublin C. C, Lourie R. S. Rica.—In: Basic Handbook of Child Rsychiatry/Ed. J. D. Noshpitz, vol. 2, p. 660. Basic Books, New York, 1979.

Millican F. K., Lourie R. S., Laymen E. M. Emotional factors in the etiology and treatment of lead poisoning.—Am. J. of Diseases of Children, 1956, 91, 144.

Provence S., Lip ton R. C Infants and Institutions. International Universities Press. New York, 1962.

31.2. НАРУШЕНИЯ СПОСОБНОСТИ К ЗАГЛАТЫВАНИЮ ПИЩИ

ОПРЕДЕЛЕНИЕ И ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ

Это крайне редкое заболевание, но о нем знали еще 200 лет назад. Отрыгивание, которое может оказаться фатальным, встречается преимущественно во младенчестве, редко наблюдается у взрослых. Расстройство следует правильно диагностировать, чтобы избежать ненужных хирургических процедур и бесполезного лечения.

Слово «Rumination» происходит от латинского слова rumina-ге, которое означает «жевать жвачку». Греческим эквивалентом является термин merycism, который описывает акт отрыгивания пищи из желудка в рот, повторное пережевывание ее и проглатывание.

Ниже приводятся диагностические критерии DSM-III-R для расстройства в виде нарушения способности к заглатыванию пищи (руминация):

А. Повторяющиеся отрыгивания без рвоты или сопутствующего желудочно-кишечного заболевания, продолжающиеся по меньшей мере 1 мес, вслед за периодом нормальной функции.

Б. Снижение массы тела или невозможность достигнуть желаемой массы тела.

В DSM-III-R отмечается, что существенной чертой этого расстройства является повторяющееся отрыгивание пищи, потеря массы тела или невозможность достигнуть ожидаемой массы тела, развивающиеся после периода нормального функционирования. Частично переваренная пища опять попадает в рот без рвоты, позывов на рвоту, отвращения или других явлений, связанных с нарушениями в желудочно-кишечном тракте. Пища затем снова заглатывается изо рта. Характерной является поза с напряжением и выгнутой дугой спиной, при положении головы кзади. Ребенок совершает сосательные движения языком, создавая впечатление, что получает удовлетворение от своей деятельности. Сопутствующей особенностью обычно является то, что младенец раздражен и голоден в промежутках между периодами отрыгивания.

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ И ВСТРЕЧАЕМОСТЬ

Нарушение заглатывания пищи наблюдается редко. Оно более часто бывает у детей от 3 мес до 1 года, а также у умственно отсталых детей и взрослых. Взрослые с этим нарушением сохраняют нормальную массу тела. Оно встречается одинаково часто у женщин и мужчин. Каких-либо убедительных фактов, свидетельствующих о предрасположенности или семейных паттернах, нет.

ЭТИОЛОГИЯ

Предполагается существование нескольких этиологических факторов. Психодинамические теории предполагают, что большую роль играют различные расстройства отношений между матерью и ребенком. Матери детей с этим расстройством обычно молоды, брачные отношения в их семьях конфликтны и они не способны уделять внимание детям. В результате ребенок не получает достаточной эмоциональной удовлетворенности и стимуляции, и вынужден искать удовлетворения сам. Неспособность заглатывать пищу интерпретируется как попытка младенца восстановить процесс питания и обеспечить удовлетворение, которое не обеспечивает мать. В качестве возможной причины неспособности к заглатыванию пищи рассматриваются также чрезмерные стимуляция и напряжение.

В этом нарушении определенную роль играет дисфункция вегетативной нервной системы. Как показывают наиболее тщательные исследования, большое число детей, страдающих аномалией заглатывания пищи, имеют гастроэзофагальный рефлюкс или грыжу пищеводного отверстия диафрагмы.

Бихевиористы относят неспособность к заглатыванию пищи к позитивному подкреплению, доставляющему положительную самостимуляцию, а также внимание, которое ребенок получает от других в результате своего расстройства.

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ

Руминацию трудно отличить от срыгивания, которое часто имеет место у маленьких детей. Однако при явных проявлениях диагноз очевиден. Пища или молоко отрыгиваются без позывов к рвоте, рвоты или отвращения, и при этом ребенок производит постоянные вызывающие удовлетворение сосательные или жевательные движения. Пища затем вновь заглатывается или выбрасывается изо рта.

Хотя обычно при этом заболевании бывают спонтанные ремиссии, могут развиваться тяжелые вторичные осложнения, например, прогрессирующее нарушение питания, дегидратация и понижение устойчивости к инфекциям. Ухудшение самочувствия, усиление недоразвития и задержки в развитии во всех сферах также могут иметь место. В тяжелых случаях смертность достигает 25%.

Дополнительным осложнением является также то, что мать, или выполняющая ее обязанности женщина, часто падает духом, теряет уверенность в том, что может нормально накормить ребенка, и отчуждается. В последующем это отчуждение усиливается, когда в результате отрыгивания появляется дурной запах, и мать старается избегать ребенка.

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ

Руминацию следует дифференцировать с врожденной аномалией или инфекцией желудочно-кишечного тракта, которые могут обусловливать отрыгивание пищи. Стеноз привратника обычно вызывает рвоту и обычно диагностируется на 3-ем месяце.

ЛЕЧЕНИЕ

Оценки терапии трудны, поскольку в большинстве исследований нет контроля. Следует также лечить все возникшие физические осложнения. Лечение включает улучшение психосоциального окружения ребенка, более «нежную, любящую заботу» со стороны матери или той, кто ее заменяет, и психотерапию матери или обоих родителей. Когда имеет место анатомическая патология, как, например, стеноз привратника, требуется хирургическое вмешательство. Эффективна также поведенческая методика. При аверсивном обусловливании дается слабый электрошок или неприятное вещество, например, лимонный сок, в рот в момент появления руминации, и это оказывает самый быстрый терапевтический эффект. Руминация ослабевает на 3—5 дней. Согласно сообщениям об аверсивном обусловливании при руминации, младенцы хорошо себя чувствуют в течение от 9—12 мес, без рецидивов руминации; масса тела увеличивается, возрастают уровень активности и общая реакция на людей.

В одном исследовании сообщается, что, если больным дают есть, сколько они хотят, уровень руминации понижается.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

Blinder B.J., Chaitin B., Goldstein R., editors. The Eating Disorders. Pergamon Press, New York, 1987.

Davis P. K., Cuvo A.J. Chronic vomiting and rumination in intellectually normal and retarded individuals: Review and evaluation of behavioral research.— Behav. Res. Severe. Dev., Disabil., 1980, 1, 31.

Flanagan C. H. Rumination in infancy —Past and present. With a case report.—J. Am. Acad. Child. Psychiatry, 1977, 16, 40.

Linscheid T. R., Cunningham C. E. A controlled demonstration of the effectiveness of electric shock in the elimination of chronic infant rumination.—J. Applied Behav. Anal., 1977, 10, 500.

Rast J., Johnston J. A/., *Drum C, Conrin J.* The relation of food quantity to rumination behavior.—J. Applied Behav. Anal., 1981, 14, 221.

31.3. НЕВРОГЕННАЯ АНОРЕКСИЯ И НЕВРОГЕННАЯ БУЛИМИЯ

НЕВРОГЕННАЯ АНОРЕКСИЯ

Определение

Неврогенная анорексия—это расстройство аппетита, характеризующееся самоустановленными ограничениями в отношении диеты, особые способы обращения с пищей, значительная потеря

массы тела и сильный страх перед ожирением и прибавкой в массе тела. Имеются значительные нарушения в представлении о своем теле (анорексики считают себя жирными, даже будучи истощенными). Потеря массы тела составляет не менее 15% от нормальной массы тела. Анорексики отказываются поддерживать массу тела на уровне минимальной нормы для своего возраста и роста. Обычно наблюдается единичный эпизод анорексии с полным выздоровлением в последующем. Больные анорексией постоянно соблюдают диету, причем употребляют еще и рвотные и слабительные средства. У женщин наблюдается аменорея. Это одна из немногих психических болезней, которая может привести к смерти.

Эпидемиология и распространенность

Согласно единственному исследованию, проведенному в США и посвященному этой проблеме, нервная анорексия встречается в 0,37% на 100000 населения на год.

Недавние исследования показали, что неврогенная анорексия является типичным расстройством в возрастных группах повышенного риска от 10 (препубертат) до 30 лет и особенно среди социально-экономических классов со средним уровнем достатка. Она наиболее часто встречается во время подросткового возраста— от его начала до окончания.

По данным различных исследований от 4 до 6% больных анорексией составляют мальчики. Риск умереть для сестры больного анорексией составляет 7%, что значительно превышает обычные ожидания. Часто матери или отцы имели явные признаки анорексии в прошлом — очень низкую массу тела в подростковом возрасте и боязнь увеличения его в дальнейшем. Имеющиеся факты не позволяют сделать заключения относительно роли наследственности в развитии анорексии. Это расстройство может развиваться часто: у 1 из 100, но также и редко: у 1 из 800 среди женщин в возрасте 12—18 лет.

Этиология

Психологические теории, касающиеся причин неврогенной анорексии, основываются на фобиях и психодинамических формулировках. Один исследователь предположил, что неврогенная анорексия представляет собой фобическую реакцию избегания пищи, являющуюся результатом сексуального и социального напряжения, вызванного физическими изменениями, связанными с пубертатом. Наступающая в результате этого недостаточность питания приводит к редукции сексуального интереса, что в свою очередь ведет к еще большей голодовке.

Более ранняя психодинамическая теория гласила, что женщины, больные анорексией, отвергают, путем голодания, желание быть беременными, ибо воображают, что могут забеременеть через рот. Согласно другой динамической теории постулируется зависимая успокоительная связь между теплым, но пассивным отцом и виной за агрессию к амбивалентно рассматриваемой мате-

ри. Другие описывают расстройство схемы тела (отрицание своей истощенности), расстройство самовосприятия (нежелание признать или отказ признать истощенность, слабость, голод) и чувство несостоятельности, обусловленное ложным выученным опытом.

Для установления точных факторов предрасположения к неврогенной анорексии адекватных исследований не проводилось. В описательной литературе этого заболевания отмечался ряд стрессовых событий незадолго до проявления неврогенной анорексии. Для этих больных типичны школьные успехи, превышающие средние, наличие модели совершенства и не имеющий реальной почвы страх неудачи. Примерно 1/3 больных анорексией до начала заболевания характеризуются слегка повышенной массой тела.

Клинические особенности

Появление неврогенной анорексии наблюдается в возрасте между 10 и 30 годами. Ранее 10 лет и позже 30 лет оно появляется редко и бывает нетипичным, поэтому диагноз нуждается в пересмотре. После 13 лет частота появления нарастает быстро, причем максимум частоты приходится на возраст 17—18 лет. Около 85% всех больных анорексией заболевает в возрасте между 13 и 20 годами.

Большинство скрывают основное нарушение поведения, направленного на потерю массы тела. Больные с анорексией обычно отказываются есть со своей семьей или в общественном месте. Они теряют вес из-за катастрофического отказа от пищи в целом, причем возникает диспропорция, так как прежде всего исключается содержащая углеводы и жирная пища.

К сожалению, термин анорексия неправильный, так как потеря аппетита бывает редко, только в далеко зашедших случаях. Фактами, свидетельствующими о том, что пища является их страстью, служат их постоянные мысли о пище: они собирают рецепты и готовят вкусные блюда для других. Некоторые больные не могут сами отказаться от употребления пищи, так что они поедают очень много. Эти груды пищи обычно поедаются ночью. Вслед за этим часто вызывается рвота. Больные принимают слабительные и даже диуретики, чтобы потерять массу тела. Эти больные часто используют ритуальные упражнения, езду на велосипеде, ходьбу и бег.

Больные с этим расстройством обнаруживают странное отношение к пище. Они прячут пищу по всему дому и часто носят в карманах большое количество леденцов. Во время трапезы они пытаются упрятать свои порции в салфетки или засунуть в карманы. Они режут мясо на мелкие кусочки и проводят много времени, вновь располагая мясо на своей тарелке. Когда им указывают на

их странное поведение, они часто отрицают, что это странно, или просто не хотят обсуждать это.

Сильный страх перед приобретением избыточной массы тела и полноты характерен для всех больных этим заболеванием и несомненно вносит вклад в отсутствие интереса или даже в отказ от терапии.

Обсессивно-компульсивные расстройства, депрессия, тревога и другие психиатрические проявления также отмечаются в литературе. Типичными являются соматические жалобы, особенно на дискомфорт в эпигастральной области. Компульсивное воровство, обычно леденцов или слабительного, но иногда одежды и других предметов тоже часто встречается.

У больных с этим расстройством описаны также сексуальные затруднения. У многих подростков с анорексией отмечается задержка психосоциального сексуального развития, а взрослые имеют сниженный интерес к сексу, когда начинается заболевание. У немногочисленной группы анорексиков перед заболеванием имеет место неразборчивость в связях или злоупотребление наркотиками и они не выявляют в ходе болезни снижения к сексу. Больные обычно попадают к врачу, когда потеря массы тела у них становится заметной. Когда потеря в массе тела становится очень значительной, появляются такие признаки, как гипотермия (вплоть до 35° С), отек, брадикардия, гипотензия и пушковые волосы (как у младенцев); наблюдается также целый ряд изменений метаболизма (рис. 10). Многие женщины, страдающие анорексией, попадают к врачу из-за аменореи, которая возникает раньше, чем становится заметной потеря массы тела. Большинство исследований показывают, что имеются нарушения реакции лютеинизирующего гормона (ЛГ) на гонадотропин — рилизинг гормон во время острой стадии истощения. Уровень ЛГ возвращается к норме, когда большинство больных анорексией набирают массу тела. При сохранении патологической секреции ЛГ у больных часто продолжаются нарушения в сфере приема пищи. При других состояниях с нарушением питания наблюдается патология со стороны функции щитовидной железы; таким образом, нельзя сказать, что поражение какой-то одной функции щитовидной железы является специфической для неврогенной анорексии. Редуцированный клиренс метаболизма кортизона и полное подавление адренокортикотропного гормона (АКТГ) и уровня кортизона дексаметазоном отмечаются у больных с недостаточным калорийным белковым питанием, так же как у больных с неврогенной анорексией.

Наблюдается выраженная вариабельность ускорения уровней гормона роста у больных неврогенной анорексией. Только около одной трети уровней гормона роста ускоряется.

Норадренергическая нейротрансмиттерная система включена как в контроль поведения, связанного с едой, так и связана с пер-

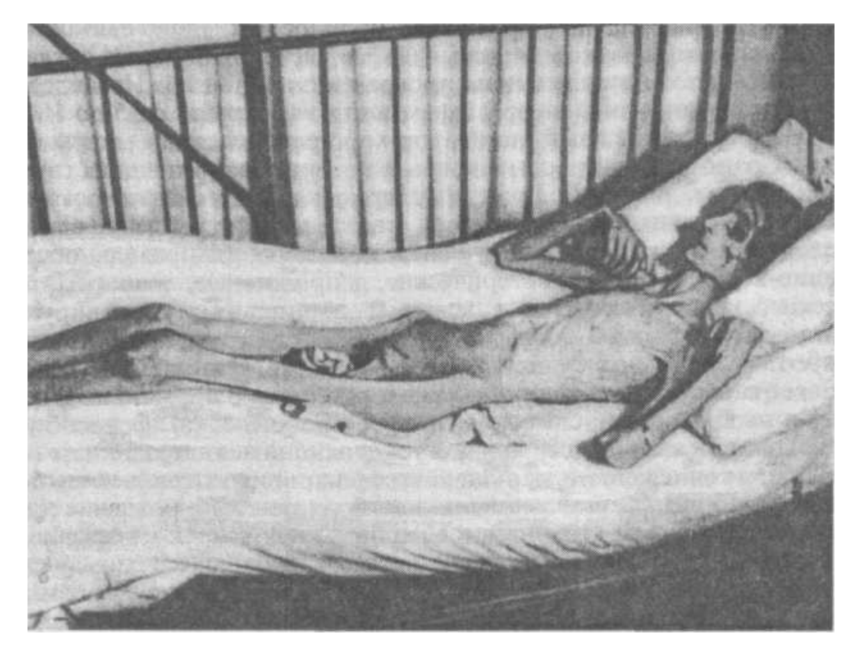


Рис. 10. Пациент с нервной анорексией.

винной депрессией. Имеется также связь между секрецией в моче 3-метокси-4-гидроксифенилгликола (МГФГ), основного метаболита мозгового норэпинефрина и клиническими проявлениями депрессии при неврогенной анорексии. Увеличение МГФГ в моче коррелирует со снижением депрессии после повышения массы тела. Некоторые больные анорексией вызывают рвоту или принимают слабительные и диуретики, что обусловливает возможность гипокалиемического алкалоза. У данных больных отмечается водный дисбаланс.

Электрокардиографические изменения, такие, как уплощение или инверсия зубца *T,* депрессия сегмента *ST* и увеличение интервала *QT,* отмечаются во время фазы истощения при неврогенной анорексии. Изменения ЭКГ могут также отражать потерю натрия, которая может приводить к смерти. Расширение желудочка является редким осложнением анорексии. У некоторых из этих больных при аортографии обнаруживается синдром верхней мезентерической артерии.

Течение и прогноз

Течение анорексии сильно варьирует — от спонтанного выздоровления без лечения, выздоровления после лечения, флуктуирующего течения в виде повышения и снижения массы тела,

вплоть до разрушения организма из-за осложнении, связанных с голоданием. Кратковременный эффект лечения больных согласно почти всем госпитальным программам хороший. Исследования показывают, что цифры смертности варьируют от 5 до 18%. Наиболее надежный индикатор хорошего выхода — когда больной рано начинает есть и когда в истории мало предшествующих госпитализаций. Такие факторы, как детский невротизм, конфликт с родителями, булимия, рвота, злоупотребление слабительными и различные нарушения поведения (например, обсессивно-компульсивные, истерические, депрессивные, психосоматические, невротические и симптомы отрицания), коррелируют с плохим прогнозом, согласно некоторым работам, но по другим работам, не имеют существенного значения. Ожидаемый выход может варьировать от полного выздоровления с нормальным весом и необыкновенно высокой продуктивностью, до неспособности поддерживать массу тела, с усиливающимся ощущением голода и, в конце концов, нарушением функций из-за крайней слабости и озабоченностью тем, как еще больше снизить массу тела и мыслей о пище.

Диагноз

Диагноз неврогенной анорексии должен ставиться только после обнаружения диагностических признаков, перечисленных ниже. Больные с этим расстройством часто скрытны, отрицают имеющиеся у них симптомы и сопротивляются лечению. Почти во всех случаях необходимо, чтобы родственники или близкие знакомые подтвердили их рассказ. Исследование психического статуса обычно показывает, что больной, находящийся в состоянии бодрствования и хорошо осведомленный о предмете питания, в то же время одержим мыслями о пище и массе тела.

Необходимо, чтобы больной прошел курс полного и тщательного обследования, физического и неврологического. Если у больного имеется рвота, может иметь место гипокалиемический алкалоз. Из-за того, что большинство больных находятся в состоянии дегидратации, необходимо с самого начала получить электролиты сыворотки, а затем снова повторять это исследование во время госпитализации. Диагностическими критериями для неврогенной анорексии являются:

А. Отказ поддерживать массу тела на уровне минимальной нормы для данного возраста и роста. Например, больной теряет на 15% больше, чем минимальная масса тела; невозможность добиться ожидаемой прибавки в массе тела во время периода роста, что приводит к снижению массы тела на 15% по сравнению с ожидаемой прибавкой.

Б. Сильный страх перед увеличением массы тела или перед тем, чтобы стать толстым, даже если имеет место истощение.

В. Нарушение ощущения своего тела, массы тела, размеров или формы, например, больной заявляет, что «чувствует себя жирным», даже в состоянии истощения, полагает, что какое-то место тела «слишком жирное», несмотря на очевидную слишком малую массу тела.

Г. У женщин отсутствие по меньшей мере 3 последовательных менструальных циклов, которые ожидались (первичная или вторичная аменорея (Считается, что у женщины аменорея, если менструация у нее возникает только под действием вводимого гормона, например эстрогена).

Дифференциальный диагноз

Чрезвычайно важно установить, что больной не страдает тяжелым физическим заболеванием, которое может обусловить потерю массы тела (опухоль мозга, рак). Снижение массы тела, странное поведение в отношении еды и наличие рвоты могут обнаруживаться при тяжелых психических заболеваниях. Депрессия и анорексия имеют много общего, например, депрессивное ощущение, плачущие звуки, нарушение сна, обсессивные руминации, отдельные суицидальные мысли. Однако эти расстройства имеют и отличия. В целом у больного с депрессией аппетит понижен, тогда как больной с анорексией говорит о хорошем аппетите и чувстве голода. Следует подчеркнуть, что только на тяжелых стадиях анорексии у больного действительно понижен аппетит. В противоположность депрессивной ажитации, гиперактивность у анорексиков как бы запланирована и ритуальна. Одержимость калорийностью пищи, рецептами, приготовлением изысканных блюд типична для больного анорексией и отсутствует у депрессивного больного. У депрессивного больного нет также страха располнеть или нарушения восприятия своего тела, как это имеет место при нервной анорексии. Колебания в массе тела, рвота и причудливое отношение к пище могут иметь место при расстройстве в виде соматизации. Изредка больной отвечает критериям как расстройства в виде соматизации, так и анорексии; в таком случае надо ставить оба диагноза. В целом снижение массы тела при расстройстве в виде соматизации не так сильно, как при анорексии; больной с расстройством в виде соматизации также не боится увеличить массу тела, что типично для больного с анорексией. Для расстройства в виде соматизации аменорея в течение 3 мес не является типичной.

Наблюдающийся при шизофрении бред относительно пищи, редко касается ее калорийности. Больной шизофренией редко одержим страхом располнеть и не проявляет гиперактивности, свойственной больным анорексией. У шизофреников бывают причудливые привычки в отношении еды, но не весь синдром, характерный для неврогенной анорексии.

Анорексию следует дифференцировать от булимии, расстройства, при котором наблюдаются вспышки сильного переедания, за которыми следуют депрессивные эпизоды, идеи самообвинения, и часто больные сами вызывают у себя рвоту, причем больной или больная поддерживают свой вес в пределах нормы. Более того, при булимии редко наблюдается снижение массы тела свыше 15%. Оба расстройства иногда протекают вместе.

Лечение

Скорая помощь больным с анорексией заключается в восстановлении состояния питания больного до нормального в связи с опасностью осложнений в результате истощения, дегидратации и дисбаланса электролитов, которые могут вызвать смерть. Программа лечения при госпитализации обеспечивает надежную структуру, позволяющую восстановить нормальную массу тела.

Общее лечение больных с анорексией во время программы госпитализации должно учитывать следующее: каждого больного надо ежедневно взвешивать рано утром после опорожнения мочевого пузыря. Следует записывать количество ежедневного потребления жидкости и выводимой мочи. Если появляется рвота, особенно важно исследовать электролиты сыворотки регулярно и наблюдать за развитием гипокалиемии. Так как пища после еды отрыгивается, можно контролировать рвоту, не допуская больного в ванну в течение по меньшей мере 2 ч после еды или помещая в ванную наблюдателя, который не позволил вызвать рвоту. Запор у больных анорексией ослабевает, когда они начинают питаться нормально. Иногда можно назначать смягчающие вещества, но никогда слабительные. Появление поноса обычно означает, что больной все же прибегает к слабительным. Из-за редкого осложнения в виде расширения желудка и возможности циркуляторной перегрузки, если больной сразу же начнет потреблять слишком много калорий, разумно начинать с 500 калорий, превышающих то количество, которым они поддерживали свою прежнюю массу тела (обычно 1500—2000 калорий в день). Разумно давать пищу по 6 равных порций в течение дня, чтобы больному не приходилось съедать сразу большую порцию. Хорошо также начинать кормить больного с жидкости, замещающей пищу, такой, как «Сустаген», поскольку больной не будет так возражать против жидкости, которая, по его мнению, не приведет к прибавке массы тела.

После выписки из больницы обычно полезно продолжать некоторые виды внебольничного наблюдения за тем, какие проблемы возникают у больного или окружающих.

Большинство больных не интересуются и даже противятся психиатрическому лечению, и их приводят к врачу насильно изнемогающие родственники или друзья. Больной редко принимает

совет насчет госпитализации без споров и критики предлагаемых программ. Могут помочь такие доводы, что исчезают бессонница и депрессия. Поддержка родственников и доверие к врачу и его коллегам играют существенную роль, когда больному настойчиво рекомендуют госпитализацию. Семьи больных надо предупредить, что больные будут сопротивляться всем доводам и уговаривать взять их обратно домой в связи с несогласием с программой лечения. Только тогда, когда риск смерти от осложнений станет вполне реальным, возможна принудительная или насильственная госпитализация. Изредка больные доказывают неправильность утверждений врача о возможном неуспехе амбулаторной программы. Такие больные могут набирать некоторую массу тела ко времени каждого амбулаторного визита к врачу; однако это нетипично и, как правило, требуется госпитализация.

В настоящее время имеется программа по лечению и уходу, которая содержит много положительных подкреплений и привилегий, используемых в программах поведенческой терапии. Полезность поведенческих обусловливаний в сочетании с другими видами терапии при лечении анорексии широко признана.

Фармакологические вещества также иногда применяются успешно (например, хлорпромазин). Недавно стали применять гетероциклические антидепрессанты (например, амитриптилин), которые оказались эффективными в лечении анорексии. Другой препарат, используемый при лечении анорексии,—ципрогептадин (Periactin).

В некоторых случаях хороший эффект оказывает электросудорожная терапия (ЭСТ), особенно при наличии выраженного депрессивного компонента.

Классически ориентированный психодинамический подход при анорексии неэффективен, особенно при попытке увеличить массу тела или изменить патологическое поведение в отношении еды.

Семейная терапия используется для лечения этого заболевания как средство изучения взаимоотношений между членами семьи и возможности получения больным «вторичного удовлетворения» от своего расстройства.

НЕВРОГЕННАЯ БУЛИМИЯ

Определение

Булимия представляет собой эпизодическое, неконтролируемое, компульсивное и быстрое поглощение очень большого количества пищи в течение короткого периода времени. Физический дискомфорт, такой, как боли в животе, или чувство тошноты, завершают булимический эпизод, за которым наступает чувство вины, депрессия и ненависть к самому себе. Субъект регулярно упот-

ребляет слабительные или диуретики, вызывает рвоту или принимает другие чрезвычайные и искусственные меры для очищения желудка.

Эпидемиология

Булимия обычно начинается в подростковом или раннем юношеском возрасте и встречается более часто у женщин, чем у мужчин. Некоторые исследования показывают, что у женщин она встречается в 4% по сравнению с 0,5% у мужчин. Семейных случаев не отмечено, хотя среди членов семьи бывают лица с ожирением. Ожирение в подростковом возрасте может быть предрасполагающим фактором к возникновению этого расстройства во взрослом периоде.

Этиология

Специфических этиологических причин булимии нет. Указываются расстройства гипоталамо-питуитарной оси, но патологический уровень гормонов не обнаружен. Может иметь место связь между булимией и депрессией, поскольку страдающие булимией иногда хорошо реагируют на антидепрессанты. Хотя определенные способствующие факторы неотчетливы, имеется связь с событиями подросткового периода.

Клинические характеристики

Согласно DSM-III-R, существенными особенностями булимии являются повторяющиеся эпизоды обильного потребления пищи; чувство отсутствия контроля над поведением, связанным с едой; самопроизвольное вызывание рвоты, применение слабительных или диуретиков, использование строгой диеты, физических или напряженных упражнений для предотвращения увеличения массы тела и постоянная чрезмерная озабоченность формой и массой тела.

Рвота является частым признаком булимии и вызывается помещением пальца в горло, хотя некоторые больные могут вызывать рвоту по собственному желанию. Рвота ослабляет боли в желудке и чувство переполнения и позволяет больным продолжать есть, не боясь прибавки в весе. За булимическим эпизодом часто следует депрессия, которая носит название «мука после обжорства». Во время вспышек булимии больные едят сладкую, высококалорийную пищу, обычно легко перевариваемую или мягкую, например, пирожные и печенье. Пища съедается тайно и быстро и иногда даже не прожевывается.

Большинство людей, страдающих булимией, остаются в пределах своей нормальной массы тела, но некоторые слегка превы-

шают или занижают его. Они озабочены своей фигурой и внешностью; переживают за то, что другие думают о них и их сексуальной привлекательности. Большинство страдающих булимией сексуально активны по сравнению с больными анорексией, которые не интересуются сексом.

Течение и прогноз

Обычное течение булимии хроническое с периодическими ремиссиями. Булимия редко приводит к нетрудоспособности, за исключением некоторых лиц, которые проводят целый день за поглощением пищи и вызыванием рвоты, что может приводить к дегидратации и дисбалансу электролитов, и тогда требуется госпитализация. Кариес зубов может наступать в результате рвотных действий и попадания рвотных масс на зубную эмаль.

Диагноз

Диагностические критерии для неврогенной булимии следующие:

А. Повторяющиеся эпизоды обжорства (быстрое съедание бо льшого количества пищи за короткий период времени).

Б. Чувство отсутствия контроля над поведением, связанным с едой, во время приступа обжорства.

В. Субъект регулярно применяет либо вызывание рвоты, либо использование слабительных или диуретиков, либо соблюдает диету или делает тяжелые физические упражнения, чтобы не допу стить прибавления в массе тела.

Г. Наблюдаются как минимум два эпизода обжорства в неделю за период не менее 3 мес.

Д. Постоянная чрезмерная озабоченность фигурой и массой тела.

Дифференциальный диагноз

Диагноз неврогенной булимии не ставят, если имеет место неврогенная анорексия, но эпизодические булимические симптомы могут появляться и при неврогенной анорексии. Если больной отвечает всем критериям диагноза «неврогенная анорексия», то следует поставить диагноз неврогенной анорексии. Булимия не приводит к значительному снижению массы тела, и аменорея наблюдается редко — два симптома, которые необходимы для диагноза неврогенной анорексии.

Неврогенная булимия не должна диагностироваться, если больной отвечает критериям шизофрении. Необходимо установить, что у больного нет таких патологических неврологических знаков, свидетельствующих о наличии патологии, как припадки, эквива-

ленты эпилепсии, опухоли мозга, синдромов Клювера—Бьюси и Клейна—Левина. Патологические особенности при синдроме Клювера—Бьюси проявляются в виде зрительной агнозии, компульсивного лизанья и кусанья, исследования предметов ртом, неспособности игнорировать любой стимул, безмятежность, нарушение сексуального поведения (гиперсексуальность) и нарушение привычек, связанных с едой (гиперфагия). Этот синдром встречается чрезвычайно редко и не представляет трудности для дифференциального диагноза. Синдром Клейна—Левина заключается в периодической сонливости, продолжающейся 2—3 нед, и гиперфагии. Как и при булимии, начало обычно в подростковом возрасте, но этот синдром более часто бывает у мужчин. Личности с пограничными нарушениями также иногда страдают обжорством, но при этом имеют место и другие признаки пограничного синдрома.

Лечение

Лечение неврогенной булимии больных с ожирением с помощью психотерапии часто протекает бурно и всегда бывает длительным, хотя некоторые, страдающие булимией и ожирением, после длительного лечения психотерапией удивительно хорошо себя чувствуют. Хороший эффект оказывают позитивное подкрепление, информационное подкрепление и обусловливающий договор с женщинами, страдающими неврогенной булимией и неврогенной анорексией. Программа десенситизации в отношении мыслей и чувств, которые испытывали больные булимией непосредственно перед вспышкой обжорства, вместе с поведенческим контактом, могут обеспечить обещающий подход к лечению булимии.

Некоторые исследователи сообщают о хороших результатах при лечении имипримином. Фармакотерапия требует дальнейшего исследования.

РАССТРОЙСТВО ЕДЫ, НИГДЕ БОЛЕЕ НЕ КЛАССИФИЦИРУЕМОЕ (ДРУГОЕ НАЗВАНИЕ ОТСУТСТВУЕТ, ДНО)

Диагностическая классификация DSM-III-R относительно расстройств еды, нигде более не классифицируемых, является резидуальной категорией, используемой для расстройств еды, которые не отвечают критериям для специфических расстройств, связанных с едой. Диагностические критерии для расстройств еды, нигде более не классифицируемых:

Расстройства, связанные с едой, не отвечают критериям для специфических расстройств, связанных с едой.

Примеры:

1) Субъект со средней массой тела, у которого нет эпизодов обжорства, но часто он вызывает у себя рвоту от страха, что масса тела увеличится.

2) Все особенности неврогенной анорексии у женщин, за ис ключением отсутствия менструаций.
3) Все особенности неврогенной булимии, за исключением ча стых вспышек обжорства.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

Blinder W.J., Chaitin B., Goldstein R., editors The Eating Disorders. Pergamon Press, New York., 1987.

Crisp A. H., Hsu L. K. G., Harding B., Hartshorn J. Clinical features of anorexia nervosa: A study of 102 cases.—J. Psychosom. Research, 1980, 24, 179.

Darby P.L.., Garfinkel R.E., Garner D.M., Coscina D. V., editors Anorexia Nervosa: Recent Developments. Alan R. Liss, New York, 1983.

Emmett S. W., editor Theory and Treatment of Anorexia Nervosa and Bulimia: Biome- dical Sociocultural, and Psychological Perspectives. Brunner/Mazel, New York, 1985.

Garfinkel R. E., Garner D. M., Rose J. et al. A comparison of characteristics in the families of patients with anorexia nervosa and normal controls.— Psychol. Med., 1983, 13, 821.

Halmi K.A. The state of research on anorexia nervosa and bulimia.— Psychiat. Dev., 1983, 1, 247.

Hudson J. E., Pope H. G. Jr, editors The Psychobiology of Bulimia. American Psychiatric Press, Washington, DC, 1987.

Johnson C, Strober A/., *Garner D.M.* Bulimia: A bio-psy cho-social disorder.— Int. J. Eating Disorders, 1987.

Kaye W. H., Gwirtsman H. E., editors A Comprehensive Approach to the Treatment of Normal-Weight Bulimia. American Psychiatric Press, Washington, DC, 1985.

Pope H. G. Jr., Hudson J. E. New Hope for Binge Eaters: Advances in the Understanding and Treatment of Bulimia. Harper and Row, New York, 1984.

Toner B. B., Garfinkel P. E., Garner D. M. Cognitive style of patients with bulimic and diet-restricting anorexia nervosa.— Am. J. Psych., 1987, 144, 510.

Wamholdt F.S., Kaslow N.J., Swift W.J., Ritholz M. Short-term course of depressive Symptoms in partients with eating disorders.— Am. J. Psych., 1987, 144, 362.

Глава 32

НАРУШЕНИЕ ИДЕНТИФИКАЦИИ ПОЛА

ВВЕДЕНИЕ

Идентификация пола приводит к тому, что появляется чувство собственной принадлежности к женскому или мужскому. Личность с нормальной идентификацией пола может с определенностью заявить: «Я — мужчина» или «Я — женщина». Половая роль является публичным выражением идентификации пола. В соответствии с DSM-III-R половая роль есть все, что говорится или делается, чтобы указать другим или себе степень, до которой ты являешься мужчиной или женщиной. Следует определить термин «секс», который строго ограничен анатомическими или психосоциальными характеристиками, которые указывают на принадлежность субъекта к мужскому или женскому (например, половой член, влагалище).

Нарушения идентификации пола — редки, и их следует отличать от чувства неполноценности при выполнении ожидаемой от субъекта половой роли. Обычно в норме имеется соответствие между физически данным сексом и половой ролью субъекта.

Согласно DSM-III-R, расстройства идентификации пола классифицируются под заголовком расстройств, впервые появляющихся в детском и подростковом возрасте. Хотя личности, которые клинически выявляют проблемы в идентификации пола, могут быть разного возраста, большинство случаев начинается в детстве.

КЛАССИФИКАЦИЯ

DSM-III-R дает три диагноза для мужчин и женщин с расстройствами идентификации пола: 1) расстройство идентификации пола в детстве, 2) транссексуализм и 3) расстройство идентификации пола в подростковом и взрослом возрастах нетранссексуального типа (РИППВНТ).

Личности с расстройством идентификации пола чувствуют постоянный дискомфорт, и что данный пол им не соответствует. Личности, которые постоянно хотят изменить свой пол с помощью хирургического метода или использовать гормоны для до-

стижения подобного же результата названы транссексуалами; субъекты, которые этим не одержимы, относятся к категории расстройства идентификации пола, нигде не классифицируемого (Другое название отсутствует, ДНО), относятся к тем, которые не соответствуют другим диагностическим категориям. Ниже приведены диагностические критерии DSM-HI-R для расстройств идентификации пола, нигде более не классифицируемых (ДНО).

Расстройства в идентификации пола, которые не могут быть классифицированы как специфические расстройства идентификации пола:

Примеры:

1) дети с устойчивым желанием переодеваться в одежды, предназначенные для противоположного пола, без других крите риев для детского расстройства идентификации пола;

2) взрослые с кратковременным, связанным со стрессом, пере одеванием в одежды для противоположного пола;

3) взрослые с клиническими характеристиками транссексуа лизма продолжительностью менее чем 2 года;

4) лица, которые постоянно одержимы идеей кастрации или ампутации полового члена без желания приобрести сексуальные характеристики другого пола.

DSM-III-R располагает расстройства идентификации пола в виде континуума: субъекты с легкими случаями осознают, что они мужчины или женщины, но это вызывает у них дискомфорт. Лица с тяжелыми нарушениями не только испытывают дискомфорт по поводу своего пола, но фактически чувствуют, что они принадлежат противоположному полу (например, транссексуализм).

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ

Информация о распространенности расстройств идентификации пола среди детей, подростков и взрослых почти отсутствует. Большинство оценок распространенности основываются на обследовании лиц, обращающихся за помощью к хирургу, чтобы изменить пол, и на этой основе можно судить о большей распространенности среди мужчин. Соотношение мальчиков к девочкам в 3 клиниках, где занимаются расстройствами идентификации пола 30:1; 17:1 и 6:1, что указывает на малую вовлеченность девочек. Это расхождение может указывать на большую подверженность мальчиков расстройствам идентификации пола или на большую чувствительность и озабоченность относительно межполовой идентификации как мальчиков, чем межполовой идентификацией как девочек. Согласно DSM-II1-R, установленная распространенность транссексуализма составляет 1:30000 для мужчин и 1:100000 для женщин.

ЭТИОЛОГИЯ

Биологический фактор

Для млекопитающих спокойное состояние ткани изначально женское; когда развивается зародыш, мужской плод развивается, только если добавляются андрогены (задаваемые Y-хромосомой). Отсюда следует, что мужское начало и мужественность зависят от андрогенов зародышевого и перинатального периодов. Сексуальное поведение более низко стоящих животных управляется сексуальными стероидами, и, по мере восхождения по эволюционной лестнице, этот эффект снижается. Сексуальные стероиды влияют на выражение сексуального поведения у взрослых мужчин и женщин. Это значит, что тестостерон может увеличить либидо и агрессивность у женщин, а эстрогены понижают либидо и агрессивность у мужчин. Однако мужественность и женственность и идентификация пола в большей степени являются продуктами постнатальных жизненных событий, чем пренатальной гормональной организации.

Психосоциальный фактор

У детей идентификация пола развивается в соответствии с их сексуальным устройством (или имеющимся анатомическим сексом); она основывается на темпераменте ребенка, характере родителей и взаимоотношениях между ними. Имеются половые роли, соответствующие данной культуре: мальчики не должны быть изнеженными, девочки не должны быть сорванцами. Имеются мальчишеские игры (например, полицейские и воры) и игры для девочек (например, в куклы). Этим играм научаются, хотя некоторые исследователи считают, что часть мальчиков более деликатные и чувствительные, а часть девочек более агрессивные и энергичные, чем обычно считают в нашей культуре, приписывая женщинам и мужчинам женственность и мужественность соответственно. Фрейд предполагал, что фиксация на фаллической психосексуальной стадии развития, когда эдипальные конфликты первичны, может приводить к проблемам в идентификации пола. Чем больше идентификация с родителем противоположного пола, по сравнению с родителем того же пола, тем больше риск нарушения' идентификации пола. Согласно Фрейду, мальчик, который слишком близко связан с матерью, имеет мало общего с отцом, будет женоподобным. А девочка, которая слишком тесно связана с отцом и имеет мало близости к матери, будет мужеподобной. Steven Levine предположил, что дети с физическими или сексуальными нарушениями или дети, которые никогда не имели хорошего родителя, могут адаптироваться, пытаясь привить себе фантазию, что им было бы лучше, если бы они принадлежали к противоположному полу.

РАССТРОЙСТВО ИДЕНТИФИКАЦИИ ПОЛА У ДЕТЕЙ

Согласно DSM-III-R, существенной особенностью расстройства идентификации пола являются устойчивые и сильные переживания ребенка о том, что у него или у нее тот или другой пол, а также желание принадлежать к другому полу. Девочки и мальчики обнаруживают отвращение к нормальным стереотипным женским или мужским одеждам и отрекаются от своих анатомических особенностей. Ниже перечислены диагностические критерии расстройства идентификации пола у детей:

Для женского пола:

А. Устойчивые и сильные огорчения по поводу того, что является девочкой, и устойчивое желание быть мальчиком (не только желание, связанное с преимуществами, даваемыми мальчику данной культурой), или настаивание, что она является мальчиком.

Б. Либо 1), либо 2):

1) устойчивое, выраженное отвращение к женской одежде и настаивание на том, чтобы носить мужскую одежду, в том числе и белье;
2) устойчивое отречение от женской анатомической структуры, как свидетельствует по меньшей мере один факт из следующих:
    а) утверждение, что она имеет или хочет, чтобы у нее вырос половой член;
    б) отказ мочиться в положении сидя;
3) утверждение, что она не хочет, чтобы у нее выросла грудь или начались менструации.

В. Девочка еще не достигла пубертата.

Для мужского пола:

А. Устойчивые и сильные огорчения по поводу того, что не является девочкой, и устойчивое желание быть девочкой или, более редко, настаивание на том, что он является девочкой.

Б. Либо 1), либо 2):

1) занятие женскими видами деятельности, например, предпочтение носить женскую одежду или вещи, напоминающие женские одеяния, или сильное желание принимать участие в играх или развлечениях для девочек и отвергание типичных игр для мальчиков, игрушек и мужских видов деятельности;
2) устойчивое отречение от мужского анатомического строения, как показывает по меньшей мере одно из следующих:
    а) что он вырастет и станет женщиной;
    б) что его половой член или яички — безобразие, которое исчезнет;
    в) что было бы лучше, если бы полового члена и яичек не было.

В. Мальчик еще не достиг пубертата.

При крайне резко выраженных расстройствах у детей мальчики с этим расстройством в стандартах данной культуры выглядят более женственными, чем девочки, а девочки — более мужеподобными, чем мальчики. На континууме расстройств идентификации пола нельзя провести границы между детьми, которым можно поставить формальный диагноз, и детьми, которым его нельзя поставить. Распространенность не изучена. Согласно DSM-III-R, девочки с этим расстройством обычно проводят время в мужской компании, интересуются спортом и мужскими играми; они не занимаются куклами или игрой «в дома» (если только они играют роль отца или другую мужскую роль). Реже девочка с этим расстройством отказывается мочиться в положении сидя, заявляет, что у нее есть или вырастет половой член, не хочет, чтобы у нее увеличивались молочные железы или начинались менструации, и утверждает, что, когда она станет взрослой, она будет мужчиной (не обязательно только по роли).

Согласно DSM-III-R, мальчики с этим расстройством обычно заняты женскими видами деятельности. Они предпочитают одеваться в женскую одежду или импровизируют эти одежды из имеющихся у них материалов. (Переодевание обычно не вызывает сексуального возбуждения, как при трансвестическом фетишизме.) Они часто испытывают желание участвовать в играх и развлечениях для девочек. Куклы-девочки обычно любимые их игрушки, и они предпочитают общаться со сверстниками-девочками. Во время игры «в дом» такие мальчики обычно играют женскую роль. Их жесты и поступки часто не соответствуют принятым в данной культуре стереотипам женского поведения, и таких мальчиков часто гонят в мужские компании, издеваясь над ними, что редко встречается у девочек вплоть до подросткового возраста. Мальчики с этим расстройством могут утверждать, что, когда они вырастут, станут женщинами (не только по роли). В редких случаях мальчик с этим расстройством заявляет, что его половой член или яички безобразны, или что они исчезнут, или что было бы лучше, если бы их совсем не было.

Некоторые дети отказываются посещать школу из-за того, что их дразнят и им приходится надевать одежду, предназначенную для их сексуальной принадлежности, обусловленной анатомически.

Большинство детей отрицают, что переживают это, особенно что это приводит к конфликту с семьями и сверстниками.

Течение и прогноз

Прогноз расстройств идентификации пола зависит от возраста начала и интенсивности симптомов. У мальчиков расстройство начинает развиваться до 4 лет, а конфликт со сверстниками происходит в раннем школьном возрасте, в возрасте между 7 и 8 года-

ми. Выраженный женоподобный маннеризм может уменьшаться по мере роста ребенка, особенно, если предпринимаются попытки осуждать это поведение. Переодевание может быть частью расстройства, и 75% мальчиков начинают заниматься этим в возрасте младше 4 лет. Для девочек также характерен ранний возраст начала, но большинство расстается с мужеподобием в подростковом возрасте.

Для обоих полов гомосексуальность обычно развивается в Уз—^{2}/з случаев, хотя среди девочек случаев развития гомосексуальности меньше, чем среди мальчиков; причины этого неясны. Данные Levin указывают, что в последующем у мальчиков, страдающих этим расстройством, развивается обычно гомосексуальная ориентация, а не транссексуализм. Транссексуализм появляется менее чем в 10% случаев. Ретроспективные данные о гомосексуальных мужчинах указывают на высокий процент нарушения идентификации пола и женоподобное поведение в детстве.

Лечение

Расстройства, связанные с идентификацией полов, и другие психические заболевания, особенно относящиеся к области пограничной психиатрии, часто сосуществуют, и в этих случаях внимания требуют оба состояния. Попытка внушить принятые в данной культуре нормы поведения для мальчиков, моделируя роли взрослых или сверстников, иногда имеет успех.

С целью лечения Green применяет игру со связями между ребенком и родителем вместе с групповыми встречами детей и их родителей по поводу тех же проблем. Если родитель поощряет неправильное поведение ребенка (например, одевает мальчика как девочку, не дает стричь ему волосы), это надо исследовать отдельно. Важно не забывать об этических проблемах при попытке повлиять на подобное поведение.

ТРАНССЕКСУАЛИЗМ

Согласно DSM-III-R, существенной особенностью транссексуализма является устойчивый дискомфорт и чувство неполноценности по отношению к собственному сексу у лица, достигшего пубертата. Кроме того, имеется постоянная озабоченность тем, чтобы освободиться от своего первичного и вторичного секса и приобрести сексуальные особенности, характерные для другого секса. Поэтому диагноз транссексуализма не следует ставить, если расстройство ограничивается периодами стресса. Ниже приведены диагностические критерии для транссексуализма:

А. Устойчивый дискомфорт и чувство неполноценности относительно своего анатомического пола.

Б. Сильная озабоченность по меньшей мере в течение 2 лет

тем, как бы избавиться от своих первичных и вторичных сексуальных особенностей и приобрести особенности, характерные для другого пола.

В. Субъект достиг пубертата.

Специфическая история сексуальной ориентации: асексуализм, гомосексуализм, гетеросексуализм или неспецифические особенности.

Большинство ретроспективных исследований транссексуализма указывают на наличие расстройств идентификации пола в детстве; однако анализ будущего детей с расстройством идентификации пола позволяет предположить, что лишь немногие из них разовьются в транссексуалов. Транссексуализм более часто встречается у мужчин (1:30000), чем у женщин (1:100000).

Диагноз легко ставится клинически. Согласно DSM-III-R, лица с этим расстройством обычно жалуются, что они чувствуют дискомфорт, одеваясь в одежды, соответствующие их анатомическому полу. Они занимаются деятельностью, характерной для противоположного пола. Они находят свои половые органы отвратительными, что иногда приводит к упорным просьбам сделать им операцию по изменению пола. Это желание может превышать все остальные желания и может происходить следующее: мужчины принимают эстрогены, чтобы у них выросла грудь и появились другие черты фигуры, свойственные женщинам; они используют электролиты, чтобы удалить у себя мужские волосы и прибегают к операциям, которые включают удаление яичек и полового члена и создание искусственного влагалища. Женщины перетягивают грудь или производят мастэктомию, удаление матки и яичников, принимают тестостерон, чтобы нарастить мышцы и изменить голос, прибегают к операциям, с помощью которых создается искусственный фаллос (половой бугорок). Эти процедуры могут превратить транссексуала в существо, не отличимое от противоположного пола. Некоторые исследователи описывают поведение у лиц, подвергшихся изменению пола таким образом, что их поведение является почти карикатурой мужских или женских ролей.

Течение и прогноз

Транссексуализм, который обычно развивается в детстве, является хроническим. Типичным является нарушение социальной и профессиональной деятельности как результат желания субъекта принять роль противоположного пола. Часто наблюдается также депрессия, особенно если субъект чувствует безнадежность относительно приобретения желаемого пола с помощью хирургии или гормонов. Известны случаи, когда мужчины-транссексуалы кастрируют сами себя, не в качестве суицидальной попытки, а как средство приблизить операцию, которая сможет решить их проблему.

Подтипы

В DSM-IH-R определены три подтипа транссексуализма следующей ориентации: 1) асексуалы, к которым относятся субъекты, у которых нет истории сексуальной деятельности или удовольствия, связанного с половыми органами; 2) гомосек-суалы, у которых имеется сексуальная активация от партнеров того же самого пола; и 3) гетеросексуалы. Субъекты гомосексуальной группы часто отрицают, что они гомосексуалы, так как они считают, что принадлежат противоположному полу. Таким образом, мужчина считает, что он не гомосексуал, поскольку он чувствует как женщина, и, следовательно, гетеросексуален, так как принадлежит другому полу. Но если судить по его анатомии и анатомии его партнера — мужчины, он является гомосексуалом.

Подобно мужчинам-транссексуалам, транссексуалы-женщины не отрицают своего анатомического пола, но одержимы чувством, что они на самом деле являются мужчинами, которым нравятся женщины; они тоже делятся на асексуальных, гомосексуальных или гетеросексуальных.

Несмотря на подробное подразделение в DSM-III-R, врачи должны знать, что преобладающее большинство транссексуалов сами считают себя гетеросексуалами. Типичными заявлениями у этих лиц являются: «Я — женщина, заключенная в тело мужчины», или наоборот.

Лечение

Психиатрическая оценка наличия другого психического заболевания имеет большое значение. Некоторые врачи считают, что вера транссексуалов в свою принадлежность к противоположному полу должна расцениваться как бред. Согласно DSM-III-R, однако, настаивание субъекта на том, что он или она имеют противоположный пол, не является бредом, так как фактически всегда это значит, что субъект чувствует себя, как человек противоположного пола, а не то, что субъект действительно считает, что он или она принадлежит к другому полу.

Транссексуализм может сопровождаться другими заболеваниями. Расстройства личности, особенно пограничные, очень распространены в этой группе. Типичной является депрессия. Для этих случаев полезна психотерапия; однако до сих пор психологическое лечение транссексуалов никогда еще не приводило к тому, чтобы они удовлетворялись своим анатомическим полом. Врач либо не может сделать ничего, либо подчиняется просьбе больного подвергнуть его изменению пола. Операция по изменению пола более успешна, когда мужчину превращают в женщину, чем, когда женщину превращают в мужчину, в основном из-за техники операции. Хирургическое лечение бесповоротно, и в связи с тем, что назад возврата нет, следует провести тщательное исследование, включающее следующее: 1) надо удостовериться, что у данного лица имело место извращенное сожительство не менее чем 3 мес, а иногда и более года. Для некоторых транссексуалов проверка реальной жизнью может заставить отказаться от своего замысла, так как им неудобно предстать перед друзьями, сотрудниками и любовниками в этой роли; 2) они должны получать лечение гормонами, эстрадиолом и прогестероном для того, чтобы

превратить мужчину в женщину, и тестостероном для того, чтобы превратить женщину в мужчину. Многим транссексуалам нравятся изменения, происшедшие с их телом, которые появляются в результате этого лечения, и некоторые на этом останавливаются. Около 50% транссексуалов, отвечающих приведенным выше критериям, подвергаются операциям по изменению пола. Результаты оперативного вмешательства неоднозначны — в зависимости от того, что считать успехом — технически удачную операцию или последующий успех в половом акте, или же удовлетворение образом своего тела и т.д.

Около 70% мужчин, оперированных для превращения в женщин, и около 80% женщин, оперированных для превращения в мужчин, сообщают о том, что они счастливы. Отсутствие отрицательных результатов коррелирует с ранее существовавшим психическим заболеванием.

Сообщается, что до 2% оперированных для изменения пола больных совершает суициды. Операция является очень сомнительным методом лечения, и к нему надо подходить с крайней осторожностью.

РАССТРОЙСТВО ИДЕНТИФИКАЦИИ ПОЛА У ПОДРОСТКОВ ИЛИ ВЗРОСЛЫХ. НЕТРАНССЕКСУАЛЬНЫЙ ТИП

В DSM-III-R имеется новый диагноз для описания лиц с расстройством идентификации пола, которые не хотят анатомического изменения своего пола или приобретения особенностей другого пола, но которые чувствуют дискомфорт своего анатомического пола. Существенной особенностью этого расстройства является трансвестизм, перевоплощение в роль представителя другого пола либо в воображении, либо в реальной жизни. Ниже приведены диагностические критерии для расстройства идентификации пола у подростков и взрослых нетранссексуального типа.

А. Устойчивый или повторяющийся дискомфорт и чувство не полноценности относительно своего анатомического пола;

Б. Устойчивое или повторяющееся перевоплощение в роль представителя противоположного пола, в воображении или в реальной жизни, но не с целью достижения сексуального удовлетворения (как при трансвестическом фетишизме).

В. Отсутствие постоянной одержимости (по меньшей мере в течение 2 лет) освободиться от первичных и вторичных призна ков своего пола и приобрести сексуальные характеристики друго го пола (как при транссексуализме).

Г. Личность достигла пубертата.

Определить сексуальную ориентацию: асексуал, гомосексуал, гетеросексуал или неопределенная ориентация.

Согласно DSM-III-R, феномен перевоплощения варьирует от случайного, одиночного случая ношения женских одежд до об-

ширной идентификации себя с женщиной у мужчины и идентификации с мужчиной у женщины, и включение в трансвестическую субкультуру. Может наблюдаться более чем одна акция переодевания в другой пол, и субъект может все время одеваться в одежды противоположного пола. Степень, до которой перевоплощающиеся личности, являются субъектами, принадлежащими к противоположному полу, зависит от маности, строения тела и навыков перевоплощения. Вне перевоплощения субъект обычно является ничем не примечательным членом своего анатомического пола.

Это расстройство отличается от трансвестического фетишизма в том, что переодевание не ставит целью сексуальное возбуждение. Оно отличается от транссексуализма тем, что отсутствует постоянная одержимость (более чем в течение 2 лет) освободиться от первичных и вторичных признаков своего пола и приобрести признаки противоположного пола.

Некоторые люди с этим расстройством когда-то страдали трансвестическим фетишизмом, но более не испытывают сексуального возбуждения от переодевания. Некоторые люди с этим расстройством являются гомосексуалами, которые переодеваются. Это расстройство типично для женщин, исполняющих в театре мужские роли.

ИНТЕРСЕКСУАЛЬНЫЕ РАССТРОЙСТВА

Интерсексуальные расстройства включают ряд синдромов, которые возникают у лиц с грубыми анатомическими или физиологическими отклонениями, относящимися к противоположному полу. Хотя термин «интерсексуальные расстройства» не является официально принятым в DSM-III-R, он используется врачами, и таких лиц надо характеризовать по оси III (физические расстройства и состояния).

Синдром Турнера

При синдроме Турнера одна половая хромосома отсутствует (XO). Результатом является отсутствие (агенезис) или минимальное развитие (дисгенезис) гонад; никакие сексуальные гормоны, мужские или женские, не вырабатываются ни у зародыша, ни постнатально. Сексуальные ткани таким образом остаются на женской стадии покоя. Из-за отсутствия второй X-хромосомы, которая ответственна за полную женственность, у этих девочек отмечается анатомическая незавершенность и это, вместе с отсутствием адекватных эстрогенов, препятствует развитию вторичных сексуальных признаков, если не проводится лечение. У них часто наблюдаются и другие пороки, например, кривошея, волосяной покров в местах, в которых он в норме у женщин отсутствует, малый рост и вывернутые наружу локти. Младенец рождается с нормальными внешними женскими половыми органами и поэтому без всяких сомнений считается девочкой, и получает соответственное воспитание. Все эти дети развиваются как ничем не примечательные гетеросексуально ориентированные девочки, однако в последующем им необходимо помочь по поводу бесплодия и отсутствия вторичных половых признаков.

Синдром Клайнфелтера

Субъект с синдромом Клайнфелтера обычно XXY, имеет статус мужчины под влиянием Y-хромосомы, но этот эффект ослабляется второй X-хромосомой. Хотя он рождается с половым членом и яичками, яички малого размера и бесплодны, а половой член также может быть маленьким. У подростков иногда при этом развиваются гинекомастия и другие признаки, характерные для женского организма. Сексуальные желания у них очень слабые. Анатомический секс и воспитание должны привести к выработке у них чувства мужественности, но у этих больных часто имеют место половые нарушения, варьирующие от полного извращения, как при транссексуализме, до гомосексуальности или периодических желаний носить женские одежды. В результате снижения продуцирования андрогенов гипогонадное состояние зародыша у некоторых больных приводит к недоразвитию организации центральной нервной системы, которая должна лежать в основе мужеподобного поведения. Действительно, у многих из этих больных имеется ряд психопатологических проявлений, варьирующих от эмоциональной нестабильности до умственной отсталости.

Врожденная вирилизация, надпочечниковая гиперплазия (адреногенитальный синдром)

Это состояние является результатом избытка андрогенов, действующих на пренатальный зародыш. Когда состояние развивается у женщин, чрезмерное количество андрогенов из надпочечников у плода обусловливает андрогенизацию внешних половых органов, варьирующую от легкого увеличения клитора до развития половых органов, которые внешне выглядят как нормальные мошонка, яички и половой член; однако за этими внешними признаками спрятаны влагалище и матка. В других отношениях эти больные являются нормальными женщинами. При рождении, если гениталии выглядят мужскими, ребенка относят к мальчикам, и так он воспитывается. Результатом является отчетливое чувство мужчины и выраженная мужественность; но если ребенок признан женщиной и так воспитан, результатом будет чувство своей женственности и сама женственность. Если родители не уверены, к какому полу относится их ребенок, результатом явится гермафродизм. Результат идентификации пола отражает практическое воспитание, но помочь определить поведение могут андрогены; это основано на наблюдениях, что те дети, которые воспитывались в ситуации неуверенности в их половой принадлежности к девочкам, обнаруживали больше мальчишеских ухваток, чем это было обнаружено в контрольных сериях. Тем не менее девочки имели гетеросексуальную ориентацию.

Псевдогермафродитизм

Младенец может родиться с двойственными гениталиями, что представляет собой случай в акушерстве крайне тяжелый, так как определение анатомического пола затем повлияет на идентификацию пола. При мужском псевдогермафродитизме имеется неполная ясность относительно внешних половых органов, хотя и имеется Y-хромосома. Яички имеются, но очень маленького размера, рудиментарны. Женский псевдогермафродитизм сопровождается мужеподобностью половых органов у личности с XX; наиболее частой причиной этого является адреноге-нитальной синдром, описанный выше.

Половые органы, имеющиеся при рождении, определяют анатомический пол и основу идентификации пола как мужской или женский, или гермафродитный, в зависимости от убеждения семьи в том, какой у ребенка пол. Обычно группа экспертов определяет, как воспитывать данного ребенка в отношении его пола, основывая свое решение на мазках изо рта, исследованиях хромосом и желаниях родителей. Решение должно быть принято в течение 24 ч, так что родители могут

адаптироваться соответствующим образом. Если для коррекции аномалии половых органов требуется операция, ее обычно делают по достижении 3-летнего возраста.

Гермафродитизм характеризуется наличием и яичек, и яичников у одного и того же субъекта; это встречается редко.

Синдром андрогенной нечувствительности

Синдром андрогенной нечувствительности, врожденное нарушение рецессивных особенностей, связанное с X-хромосомой, является результатом неспособности тканей-мишеней отвечать на андрогены. Будучи не в состоянии реагировать, ткани плода остаются в состоянии женской стадии покоя, и центральная нервная система не организуется по мужскому типу. Младенец при рождении является ничем не примечательной девочкой, хотя позже у нее обнаруживаются крипторхические яички, генерирующие тестостерон, на который организм не может реагировать; внутренние половые органы и влагалище малы или отсутствуют. Вторичные половые признаки ко времени пубертата являются женскими в связи с малым, но достаточным количеством эстрогенов, обычно вырабатываемых яичками. Эти больные всегда ощущают себя женщинами и ведут себя как женщины.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

Green R. Gender identity in childhood and later sexual orientation: Followup of 78 males.—Am. J. Psychiatry, 1985, 142, 399.

Lothstein L. M. Female to Male Transsexualism: Historical, Clinical and Theoretical Issues. Routledge Kegan Paul, Boston, 1983.

Lothstein L. M., Levine S. B. Expressive psychotherapy with gender dysphoric patients.—Arch. Gen. Psychiatry, 1981, 38, 924.

McEwan L., Ceber S., Davis J. Male-to-female surgical genital reassignment.—In: Transexualism and Sex Reassignment/Eds. W. A. W. Walters, M.J. Ross, p. 103. Oxford University Press, Melbourne, 1986.

Money J., Ehrhardt A. A. Man and Woman, Boy and Girl: Differentiation and Dimorphism of Gender Identity from Conception to Maturity. Johns Hopkins University Press, Baltimore, 1972.

Pauley I. B., Edgerton M. T. The gender identity movement: A growing surgical-psychiatricliaison.— Arch. Sex. Behavior, 1986, 15, 315.

Steiner B. W., editor Gender Dysphoria: Development, Research and Management. Plenum, New York, 1984.

Stoller R.J. Presentation of Gender. Yale Universi ty Press, New haven, CT, 1986.

Walker P., Berger J., Green R. et al. Standards of care. The hormonal and surgical reassignment of gender dysphoric persons.— Arch. Sex. Behavior, 1985, 14, 79.

Zucker K.J., Green R. Treatment of the gender identity disorder of childhood.— In; APA Task Force on the Treatment of Psychiatric Disorders/Ed. T. B. Karasu. American Psychiatric Press, Washington, DC, 1987.

Глава 33

РАССТРОЙСТВА В ВИДЕ ТИКА

ВВЕДЕНИЕ

Как подчеркнуто в DSM-IH-R, расстройства в виде тика включают синдром Туретта, хронический двигательный голосовой тик, временный тик и тик, нигде более не классифицируемый (Другое название отсутствует, ДНО). Ниже приводятся диагностические критерии DSM-III-R для этих расстройств.

Диагностические критерии для временного тика:

А. Одиночные или множественные двигательные и/или голо совые тики.

Б. Тики появляются много раз в день, почти каждый день по меньшей мере в течение 2 нед, но не дольше, чем в течение 12 последующих месяцев.

В. Отсутствие в анамнезе синдрома Жиль де ла Туретта (СЖТ) хронического двигательного или голосового тика.

Г. Начало в возрасте до 21 года.

Д. Появление не только во время интоксикации психоактивными веществами или известных заболеваний центральной нервной системы, таких, как хорея Гентингтона и поствирусный энцефалит.

Определить: одиночный эпизод или повторяющиеся.

Диагностические расстройства для хронического двигательного или голосового тика:

А. Либо двигательные, либо голосовые тики, но не оба вида вместе, отмечаются в определенный период болезни.

Б. Тики появляются много раз в день, почти каждый день или повторяются в течение периода, превышающего 1 год.

В. Начало в возрасте до 21 года.

Г. Появление не только во время интоксикации психоактивными веществами или известных заболеваний центральной нервной системы, таких, как хорея Гентингтона и поствирусный энцефалит.

Диагностические расстройства для СЖТ:

А. В одно и то же время отмечаются оба вида тиков — множественные двигательные и один или больше голосовых — в определенный период болезни, хотя не обязательно одновременно.

Б. Тики появляются много раз в день (обычно в виде присту-

па), почти каждый день или с промежутками в течение периода, более чем 1 год.

Б. Анатомическая локализация, число, частота, сложность и тяжесть тиков изменяются со временем.

Г. Начало в возрасте до 21 года.

Д. Появление не только во время интоксикации психоактивными веществами или известных заболеваний центральной нервной системы, таких, как хорея Гентингтона и поствирусный энцефалит.

Диагностические критерии для расстройств в виде тиков, нигде более не классифицируемых (Другое название отсутствует, ДНО).

Тики не отвечают критериям для специфических расстройств в виде тиков. Примером является расстройство в виде тика с началом во взрослом периоде жизни.

Тики являются непроизвольными, внезапными, быстрыми, проходящими, неритмическими, стереотипными движениями или голосовыми проявлениями. Они ощущаются как явления, которым невозможно сопротивляться, но могут быть произвольно подавлены на различные периоды времени (от нескольких минут до нескольких часов). DSM-III-R отмечает: как двигательные, так и голосовые тики могут классифицироваться как либо одиночные, либо комплексные, хотя их приступы четкого определения не имеют. Известными простыми двигательными тиками являются моргания, подергивания шеей, пожимание плечами и гримасничание. Типичными простыми голосовыми тиками являются кашель, прочищение глотки, хрюканье, сопенье, похрапывающие и лающие звуки. Известными сложными двигательными тиками являются гримасы лица, прихорашивание, нанесение себе ударов или укусов, прыганье, прикасания, топанье или обнюхивание объекта. Типичными сложными голосовыми тиками являются повторение слов и фраз вне контекста, копролалия (использование социально-неодобряемых слов, часто бранных), палилалия (повторение своих собственных звуков или слов) и эхолалия (повторение собственного последнего звука, слова или фразы, или сказанного другим лицом). Другие сложные тики включают эхокинез (имитацию движений кого-то, за которым наблюдают).

Такие стрессы, как интенсивная работа самосознания и тревожное ожидание, могут усиливать тики. С другой стороны, поглощенность каким-либо видом деятельности может ослаблять тики. Хотя большинство исследователей утверждают, что тики проходят во время сна, в одной из недавних работ сделан вывод о том, что по крайней мере у некоторых больных с синдромом Туретта тики сохраняются и во время сна.

Тики чаще встречаются в семьях, где они распространены среди членов семьи, чем у населения в целом. Они наблюдаются в три раза чаще у мужчин, чем у женщин.

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ

Тики следует дифференцировать от других двигательных нарушений (например, дистонических, хореиформных, атетоидных, миоклонических движений) и неврологических заболеваний, для которых они характерны (например, хорея Гентингтона, паркинсонизм, хорея Сиденхема и болезнь Вильсона), как описано в табл. 28. Тремор, манерность и стереотипии или расстройство в виде плохих привычек (например, наклоны головы или раскачивание тела) также надо дифференцировать с тиками. Произвольная природа стереотипии или плохих привычек и тот факт, что такие движения не вызывают субъективного огорчения, отличают их от расстройств в виде тиков. Компульсии также являются умышленным поведением.

Но у аутичных и умственно отсталых детей могут обнаруживаться симптомы, сходные с теми, которые наблюдаются при расстройствах в виде тиков, включая синдром Туретта. Поздняя дискинезия также должна рассматриваться у тех больных, которые получают или получали препараты, которые могут обусловить этот побочный эффект.

Имеются данные, что лечение стимуляторами (например, метилфендиатом, амфетамином и пемолином) усиливает имеющиеся тики и ускоряет развитие новых тиков и СЖТ. Это впервые было обнаружено при обследовании детей и подростков, которые получали лечение по поводу расстройства в виде гиперактивности с дефицитом внимания. В большинстве случаев, но не во всех, после отмены препарата тики прекращаются или возвращаются на уровень, имевший место до лечения. Некоторые авторы считают, что стимуляторы нельзя использовать для лечения детей с гиперактивностью и дефицитом внимания, если у ребенка были тики или СЖТ, что их следует использовать с осторожностью, если в семье были тики или СЖТ, и что их надо немедленно отменять, если у ребенка появились тики. Другие исследователи считают, что если у детей или подростков, получающих лечение стимуляторами, развивается тики, то у них есть к этому генетическая предрасположенность, и что у них все равно эти тики появились бы, независимо от лечения стимуляторами. До тех пор, пока ситуация в этом отношении не станет яснее, следует соблюдать осторожность и часто обследовать детей, получающих лечение стимуляторами, чтобы минимизировать риск развития тиков.

ЭТИОЛОГИЯ

Вероятно, наиболее важным этиологическим фактором развития тиков является нарушение нейрохимической регуляции центральной нервной системы. В возникновении тиков определенную роль может также играть травма головы. Выдвигаются также

Таблица 28. Клиническое характеристики некоторых двигательных расстройств, которые следует дифференцировать от тиков

Болезнь или симптомы	Возраст начала	Сопутствующие нарушения и другие отклонения	Течение без лечения	Типы движения
тетоидный тип церебрального паралича (включая статус марморатус)	3 дня	Часто другие неврологические расстройства, включая умственную ретардацию	Без динамики после 3 лет	Атетоидные, хореоатетоидные
истония (мускулерум деформанс)	5—15	Иногда семейного характера, часто встречается у евреев в России	Прогрессирующее, заканчивается смертью через 10—15 лет, редко наблюдаются ремиссии	Дистония торсионная
етаргический энцефалит (энцефалит фон Экономо)	Любой	Другие энцефалитические нарушения или анамнез, симптомы паркинсонизма, редко — клазомания с копролалией; за последнее время этот энцефалит не обнаруживается	Улучшение или ухудшение (переход в хроническую форму)	Любые
олезнь Галлервордена—Шпатца (Hallervorden—Spatz)	Около 10	Семейная, может сопровождаться атрофией зрительного нерва, косолапостью; пигментозным ретинитом, дизартрией, деменцией, эмоциональной лабильностью	Прогрессирующее, заканчивается смертью через 5—20 лет	Хореические, атетоидные, миоклонические
орея Гентингтона (включая сенильную хорею)	30—50, но в 1 % случаев в раннем детстве	Семейная деменция; на ЭЭГ — патологические отклонения	Прогрессирующее, заканчивается смертью через 10—50 лет	**Хореиформные**

Продолжение

Болезнь или симптомы	Возраст начала	Сопутствующие нарушения и другие отклонения	Течение без лечения	Типы движения
олезнь Pelizeaus—Merz-bacher	Младенчество	Семейная, чаще бывает у мужчин, сопровождается неврологическими нарушениями	Прогрессирующее до 5—6-летнего возраста, затем может наступить ремиссия или прекращение прогрессирования	Хореоатетоидные
Статус дисмиелинизатус	1-й год	Патологические движения, которые затем сменяются полной ригидностью	Прогрессирующее, приводит к смерти на втором десятке	Атетоидные
орея Сиденхема (включая хорею беременных и хорею душевнобольных)	Детство, обычно в 5—10 лет; у беременных в любом возрасте	Женщины заболевают чаще, чем мужчины; в 75% случаев связана с ревматической инфекцией, эозинофилией, патологическими изменениями на ЭЭГ	Прекращается самопроизвольно, хотя могут быть осложнения в виде привычных спазмов	Хореиформные
Болезнь Вильсона (гепатолентикулярная дегенерация)	Обычно в 10—25 лет	Кольца Каузер—Флейшера, цирроз печени, поражение других органов, патология со стороны сыворотки крови и мочи, легкая деменция	Прогрессирующее, приводит к смерти в течение нескольких лет	Любые
индром Lesh—Nyman (гиперурикемия)	Обычно на 2-м году	Нарушение фермента гипоксантин—фосфорибозил трансферазы; рецессивный ген, сцепленный с полом у мужчин, умственная	Прогрессирующее, приводит к смерти через несколько лет	Спастичность, самоповреждения, кусание, вскрикивание, копролалия

другие этиологические факторы, включая психоанатомические, в частности, нарушения психодинамических механизмов, и объяснения с точки зрения теории научения, которые включают условный рефлекс избегания, связанный со снижением мотиваций, и классические модели оперантного обусловливания.

Возможно, стимуляторы усиливают существующие тики или обусловливают новые в связи с тем, что при этом имеет место высвобождение дофамина из нигростриальных дофаминергических нервных окончаний. Кроме того, блокатор дофамина, галоперидол эффективен для лечения тиков. Комбинация этих двух факторов указывает на нарушение регуляции дофамина, в результате чего наблюдается относительная гипердофаминергия, являющаяся этиологически важным фактором для развития тиков.

Патология норадренергической регуляции доказывается также наличием в некоторых случаях положительной реакции у больных с синдромом Туретта на клонидин, являющийся норадренергическим блокатором, и ухудшением тиков под влиянием тревоги и стресса.

Хотя количество фактов, свидетельствующих о генетической обусловленности и наличии нарушений нейрохимической функции все время увеличивается, необходимо все же учитывать биологическую гетерогенность (в результате которой формируется окончательный вариант выраженности симптома). Не существует ни одного удовлетворительного объяснения вариаций клинического течения, реакции на фармакологические препараты и семейного анамнеза.

КЛАССИФИКАЦИЯ

В DSM-III-R подчеркивается важность точных и специфических паттернов симптомов, временных характеристик и возраста начала при классификации расстройств в виде тиков. Хотя в DSM-III использованы сходные критерии для этих расстройств, критерии **DSM-III-R** отличаются от них достаточно для того, чтобы возникла путаница, если будут сравниваться данные, к которым применяются разные диагностические критерии.

Точные взаимоотношения между различными типами тиков неизвестны. DSM-III-R и многие специалисты утверждают, что имеется континуум по тяжести расстройств, которые могут начинаться с временных тиков, а затем прогрессировать до СЖТ. Хотя в большинстве случаев так и происходит, не ясно, всегда ли временные тики, которые развиваются и обычно исчезают в детстве, связаны с СЖТ, или некоторые из них первично обусловлены психологическими конфликтами или являются выученными нарушениями.

ВРЕМЕННЫЕ РАССТРОЙСТВА В ВИДЕ ТИКОВ

Определение и диагноз

Критерии DSM-III-R для установления диагноза временных расстройств в виде тиков следующие: 1) тики являются одиночными или множественными двигательными и/или голосовыми тиками; 2) тики появляются много раз в день, почти каждый день за период по меньшей мере 2 нед, но не больше, чем в течение 12 последовательных месяцев; 3) в анамнезе отсутствуют СЖТ или хронические двигательные или голосовые тики; 4) начало в возрасте до 21 года; и 5) тик не возникает исключительно во время интоксикации психоактивными веществами или известных заболеваний ЦНС. В диагнозе следует также отмечать, был ли эпизод возникновения тиков единственным или наблюдались повторные эпизоды.

Временные тики следует отличать от хронических двигательных или голосовых тиков и СЖТ только на основании длительного наблюдения за течением этого расстройства.

Эпидемиология

Быстропроходящие тикоподобные привычные движения или нервно-мышечные подергивания у детей встречаются часто. От 5 до 24% детей школьного возраста переносили эти расстройства. Распространенность тиков, классифицированных выше, неизвестна.

Этиология

Временные тики имеют скорее всего либо органическое, либо психогенное происхождение, причем некоторые тики объединяют элементы и того, и другого. Органические тики имеют больший риск перерасти в СЖТ, и чаще встречаются в семейном анамнезе, тогда как психогенные тики наиболее часто подвергаются спонтанной ремиссии. Те, которые превращаются в хронические двигательные или голосовые тики, как правило, включают оба вида проявлений.

Клиническое описание

Средний возраст начала тиков — 7 лет, но они могут обнаруживаться уже в возрасте 2 лет. Наиболее часто встречающимися тиками является моргание глазами и другие лицевые тики. Самые типичные тики включают лицо, а затем шею.

Наиболее часто проявляющиеся тики следующие: 1) Лицо и голова: гримасничание; сморщивание лба; поднятие бровей; моргание веками; зажмуривание; сморщивание носа; дрожание

ноздрей; сжимание рта; оскаливание зубов; покусывание губ и других частей рта; высовывание языка; вытягивание нижней челюсти; наклоны, подергивание или покачивание головой; скручивание шеи; смотрение по сторонам; вращение головой. 2) Руки: потирание руками, подергивание пальцами, перекручивание пальцев и сжимание рук в кулак. 3)Тело и нижние конечности: пожимание плечами, дергание ногами, коленями или большим пальцем: странная походка, покачивание туловищем, подпрыгивание. 4) Органы дыхание и пищеварения: икота, зевание, принюхивание, продувания воздуха через ноздри, свистящий вздох, усиленное дыхание, отрыжка, сосательные или чмокающие звуки, прочищение горла.

Клиническое течение и прогноз

У большинства субъектов с временными тиками они не прогрессируют до более серьезного расстройства. Их тики либо исчезают совсем, или, в некоторых случаях, могут возобновляться при стрессе. Только у небольшого процента развивается хроническое расстройство в виде двигательного или голосового тика или СЖТ.

Лечение

С самого начала не ясно, исчезает ли тик самопроизвольно или будет прогрессировать, превращаясь в хронический. Поскольку привлечение внимания к тикам может усиливать их, часто семье даются рекомендации игнорировать их. Однако, если тики настолько сильны, что мешают больному, или если они сопровождаются значительными эмоциональными расстройствами, следует рекомендовать тщательное психиатрическое, педиатрическое и неврологическое обследование. Лечение зависит от результатов исследования. Психофармакологическое лечение не рекомендуется, если только расстройство не очень тяжелое и не приводит к нетрудоспособности. Некоторые авторы рекомендуют поведенческую терапию, особенно лечение, направленное на изменение привычек.

РАССТРОЙСТВО В ВИДЕ ХРОНИЧЕСКИХ ДВИГАТЕЛЬНЫХ ИЛИ ГОЛОСОВЫХ ТИКОВ

Определение и диагностические критерии

Критериями DSM-III-R для диагноза расстройства в виде хронических двигательных или голосовых тиков являются: 1) наличие либо двигательных, либо голосовых тиков, но не обоих вместе, как при СЖТ; 2) появление тиков много раз в день, почти каждый день или периодически за период более 1 года; 3) начало в возра-

сте до 21 года; 4) появление не только во время интоксикации психоактивными веществами или известных заболеваний ЦНС.

Этот диагноз практически состоит из двух взаимно исключающих диагнозов, расстройства в виде хронических двигательных тиков и расстройства в виде хронических голосовых тиков.

Эпидемиология

Сочетание обоих — хронических двигательных и хронических голосовых-тиков и СЖТ встречается, по имеющимся данным, у 1,6% населения.

Хроническое расстройство в виде тиков менее изучено и, по-видимому, встречается реже, чем СЖТ.

Клиническое течение и прогноз

Начало — в раннем детском возрасте. Типы тиков и их локализация сходны с временными тиками. Хронические голосовые тики встречаются реже, чем хронические двигательные тики. Хронические голосовые тики также обычно менее заметны, чем голосовые тики при СЖТ.

Они часто не громкие и не сильные и состоят из шумов, создаваемых сокращением гортани, живота, диафрагмы; эти тики не являются первичными производными от голосовых связок.

Дети, которые заболевают в возрасте между 6 и 8 годами, имеют лучший прогноз. Симптомы обычно продолжаются от 4 до 6 лет и прекращаются в раннем подростковом возрасте. У детей, у которых тики охватывают конечности или туловище, прогноз обычно хуже, чем у детей, у которых тиками затронуто только лицо.

Лечение

Лечение зависит от тяжести и частоты тиков, субъективных переживаний, нарушений в школе или на работе, уровня трудоспособности, социализации и наличия других сопутствующих психических расстройств.

Психотерапия может быть показана для того, чтобы снизить то, что называется первичным эмоциональным конфликтом или вторичными эмоциональными проблемами, обусловленными тиками. В некоторых исследованиях обнаружено, что хороший эффект может оказать поведенческая терапия, особенно метод, направленный на искоренение плохих привычек. Малые транквилизаторы неэффективны. Галоперидол в ряде случаев эффективен, но следует учитывать риск возникновения побочных эффектов этого препарата, включая развитие отдаленной дискинезии.

СИНДРОМ ЖИЛЯ ДЕ ЛА ТУРЕТТА

История

Gilles de la Tourette впервые описал это заболевание в 1885 г., изучив его в клинике Шарко в Париже.

Определение и диагноз

Критерии DSM-III-R, относящиеся к СЖТ, следующие: 1) наличие обоих множественных двигательных и одного или более вокальных тиков в какой-либо период времени в течение заболевания, не обязательно постоянное; 2) появление тиков много раз в день (обычно приступами), почти каждый день или периодически в течении более 1 года; 3) изменение в анатомической локализации тиков, их количестве, частоте, сложности и тяжести с течением времени; 4) начало в возрасте до 21 года; 5) появление не только во время интоксикации психоактивными веществами или известных заболеваний ЦНС.

Эпидемиология

Распространенность полностью выраженного СЖТ составляет, по имеющимся сведениям, 1 на 2000 (0,05%). Если СЖТ и множественные тики считаются частью генетически обусловленного спектра, в одной из работ распространенность его оценивается как 1 на 200—300 человек.

Сыновья матерей с синдромом Туретта имеют наибольший риск развития этого заболевания. Может также иметь место генетическая связь между синдромом Туретта и расстройством в виде гиперактивности с дефицитом внимания и обсессивно-компульсивным расстройством. Соотношение мужчин и женщин с этим расстройством приблизительно три к одному.

Этиология

Большая распространенность тиков отмечается в семьях, где встречается СЖТ, чем среди населения в целом. Свидетельством в пользу генетического компонента является более частая встречаемость синдрома Туретта среди монозиготных, чем дизиготных близнецов, а также более частая встречаемость этого синдрома и тиков в семьях больных с этим расстройством. Первичным этиологическим моментом является нарушение нейрохимической системы мозга.

Клиническое течение и прогноз

Обычно продромальные поведенческие синдромы — такие, как раздражительность, трудности в поддерживании внимания и пло-

хая переносимость фрустрации,— очевидно, совпадают с началом тиков. Более 25% субъектов, по данным некоторых исследователей, получали стимуляторы по поводу расстройства в виде гиперактивности с дефицитом внимания перед тем, как им был поставлен диагноз СЖТ.

Первые тики обычно начинаются в возрасте между 2 и 10 годами и почти всегда ранее 14 лет. Средний возраст начала между 7 и 8 годами. Наиболее частым начальным симптомом является тик в виде моргания, вслед за которым наступает тик в виде подергивания головой и гримасы лицом.

Большинство сложных двигательных и голосовых симптомов появляются только спустя несколько лет после начальных симптомов. Копролалия (бранные слова) обычно начинается в раннем подростковом возрасте и появляется приблизительно в $/_3$ случаев.

Копролалия в уме (непроизносимые бранные слова), при которой внезапно возникают насильственные, социально неприемлемые мысли или бранные слова, также может иметь место. В некоторых тяжелых случаях в результате тиков могут наблюдаться физические повреждения, включая отслойку сетчатки и ортопедические проблемы.

С СЖТ связаны обсессии, компульсии, трудности в поддержании внимания, импульсивность и личностные проблемы. Все еще обсуждается вопрос о том, развиваются ли эти тики вторично по отношению к тикам больного или они обусловлены первично теми же самыми патобиологическими механизмами.

Многие тики содержат агрессивный или сексуальный компонент, который может иметь серьезные последствия для страдающего тиками. Феноменологически тик напоминает отсутствие контроля, как сознательное, так и бессознательное, которое повышает импульсивность и слишком быструю трансформацию мысли в действие.

Если не лечить СЖТ, он приобретает хроническое течение и длится в течение всей жизни с периодами относительных ремиссий и обострений. Начальные симптомы могут уменьшаться, сохраняться или усиливаться, и старые симптомы могут заменяться новыми. .У тяжело пораженных субъектов могут быть серьезные эмоциональные проблемы, включая серьезную депрессию. Некоторые из этих проблем связаны с данным заболеванием, тогда как другие являются результатом тяжелых последствий социальных аспектов, успеваемости и голосовых нарушений.

В некоторых случаях отчаяние, связанное с нарушением социальных и профессиональных функций, является таким тяжелым, что субъекты могут обдумывать и совершать попытки к самоубийству. Несколько более оптимистичны данные о том, что некоторые дети с СЖТ поддерживают удовлетворительные отноше-

ния со сверстниками, хорошо успевают в школе и имеют адекватную самооценку; они иногда не нуждаются в специальном лечении и находятся под наблюдением педиатров.

Лечение

Фармакологическое лечение является наиболее эффективным видом терапии для больных с СЖТ. Психотерапия обычно неэффективна как первичная лечебная модальность, хотя она может помочь больному справиться с нарушениями, вызванными этим заболеванием, а также изменениями личности и нарушениями поведения.

Некоторые поведенческие методики, включая демонстрацию массивной (негативной) деятельности, самоконтроль, обучение противоположным реакциям, предъявление и отмену позитивного подкрепления, а также лечение, направленное на изменение привычек, были рассмотрены S. A. Hobbs. Он сообщает, что частота тиков снижается во многих случаях, особенно при применении метода, направленного на изменение привычек, но клинически значимые результаты отмечаются лишь в небольшом числе работ. В целом поведенческие методы более эффективны в лечении временных и хронических расстройств в виде тиков, тогда как при лечении СЖТ положительный результат отмечается редко. Поведенческая терапия за последнее время кажется наиболее подходящим методом для снижения стресса, который может отягощать СЖТ. Недостаточно изучен факт, имеет ли место синергический эффект, когда поведенческая терапия сочетается с фармакотерапией.

Фармакотерапия. Наиболее часто для лечения СЖТ назначается га л опери до л. Вплоть до 80% больных обнаруживают положительный эффект, причем симптомы редуцировались на 70—90% по частоте. Последующее изучение, однако, показало, что только у 20—30% больных удалось длительно поддерживать это улучшение. Отмена препарата часто обусловливается его побочными эффектами.

Галоперидол оказывается наиболее эффективным при относительно низких дозах. Начальная дневная средняя доза для подростков и взрослых обычно составляет от 0,25 мг до 0,5 мг галоперидола. Галоперидол не рекомендуется назначать детям до 3 лет. Для детей в возрасте от 3 до 12 лет рекомендуется общая дневная доза от 0,05 мг/кг до 0,075 мг/кг, причем вводить суточную дозу следует дробно, два или три раза в день. Таким образом, предельная доза составляет 3 мг галоперидола в сутки для ребенка, масса тела которого менее 40 кг. Доза для всех больных должна увеличиваться медленно, чтобы свести к минимуму возможность острых дистонических реакций. Максимально эффективной дозой для подростков и взрослых часто является 3—4

мг/сут, но некоторым больным требуются более высокие дозы, вплоть до 10—15 мг/сут.

Больные и их родители должны знать о возможных немедленных и острых побочных эффектах. Особенно важно предупреждать их о возможности острой дистонии и симптомах паркинсонизма. Если профилактическое использование антихолинергического препарата не рекомендуется, можно назначить димедрол или дифенгидрамин или мезилат бенцтропина (Cogentin), так, чтобы больной мог воспользоваться этими препаратами, если дистония или симптомы паркинсонизма появятся дома или во время отпуска. Другими побочными эффектами являются притупление когнитивных функций, которое может влиять на успеваемость в школе и обучение, и риск развития отсроченной дискинезии. В раннюю фазу лечения у детей иногда отмечаются фобии в школе, а у взрослых — фобии, нарушающие их социальную деятельность, но это обычно проходит в течение нескольких недель после отмены галоперидола.

Пимозид — ингибитор постсинаптических рецепторов дофамина, недавно был признан эффективным для лечения болезни Туретта. Его эффективность приравнивается к галоперидолу. Он применяется только тем больным с тяжелыми нарушениями, которые не чувствительны к галоперидолу. Его не следует применять для лечения простых тиков или тиков, отличающихся от тех, которые типичны для СЖТ. Пимозид является нейролептиком и имеет побочные эффекты, сходные со всеми другими нейролептиками. Более того, очень часто имеют место побочные влияния на сердечную деятельность, и при высоких дозах может наступить смерть. Перед началом лечения надо сделать электрокардиограмму и периодически повторять ее в курсе лечения. Относительно применения этого препарата у детей младше 12 лет данных мало.

Начальная доза пимозида обычно составляет 1—2 мг/сут в дробных дозах; ее можно каждый день увеличивать. Большинству больных оказывается достаточной доза менее чем 0,2 мг/кг/сут или 10 мг/сут, т.е. доза очень мала. Рекомендуется никогда не превышать дозу в 0,3 мг/кг/сут или 20 мг/сут.

Хотя в настоящее время клофелин (клонидин), норадренергический антагонист, еще не одобрен в качестве препарата для лечения СЖТ, имеются данные о том, что он в ряде случаев оказывает хороший эффект, причем этот положительный эффект отмечается у 40—70% больных. Он был использован врачами после тщательного рассмотрения вопроса о риске и преимуществах и полного ознакомления больного с этими вопросами и только в тех случаях, где это было необходимо. Клофелин начинает действовать медленнее, чем галоперидол, и улучшение может длиться в некоторых случаях больше года. Кроме ослабления тиков, у больных может снижаться напряжение, улучшаться самочувствие и внимание.

Для ослабления тревоги можно применять бензодиазепины, но они не снижают частоту тиков.

РАССТРОЙСТВО В ВИДЕ ТИКОВ, НИГДЕ БОЛЕЕ НЕ КЛАССИФИЦИРУЕМОЕ (ДРУГОЕ НАЗВАНИЕ ОТСУТСТВУЕТ ДНО)

Расстройство в виде тиков, нигде более не классифицируемое (ДНО), является резидуальной категорией для тиков, которые не отвечают критериям для специфических расстройств в виде тиков. Все расстройства в виде тиков, начинающиеся в возрасте после 21 года, должны быть отнесены к расстройствам в виде тиков, нигде более не классифицируемым (ДНО).

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

Cohen D. J., Leckman J. F., editors Tourette's syndrome: Advances in treatment and research.—J. Am. Acad. Child. Psych., 1984, 23, 123.

Cohen D.J., Leckman J.F., Shaywitz B.A. The tourette syndrome and other tics.— In: The Clinical Guide to Child Psychiatry/Eds. D. Shaffer, A. A. Ehrandt, L. L. Greenhill, p. 3. Free Press, New York, 1985.

Friedhoff A.J., Chase T. N.. editors Gilles de la Tourette Syndrome. Raven Press. New York, 1982.

Fulop G., Phillips R. A., Shapiro A. K. et al. ECG changes during haloperidol and pimo-zide treatment of Tourette's disorder.— Am. J. Psych., 1987, 144, 673.

Glaze D. G., Jankovic J., Frost J. D. Sleep in Gilles de la Tourette syndrome: Disorder of arousal.—Neurology, 1982, 32, 153.

Hobbs S.A., Dorsett P.G., Dahlquist L.M. Tic disorders.—In: Behavior Therapy with Children and Adolescents: A Clinical Approach/Eds. M. Hersen, V. B. Van Has-selt, p. 241. Wiley, New York, 1987.

Kidd K. K., Prasoff B.A., Cohen D. J. The familial pattern of Gilles de la Tourette Syndrome.— Arch. Gen. Psychiatry, 1980, 37, 1336.

Shapiro A.K., Shapiro E.S. Tic, Tourette Syndrome and Other Movement Disorders: A Pediatrician's Guide. Tourette Syndrome Association, Inc., Bayside, NY, 1980.

Shapiro A.K., Shapiro E.S. The treatment and etiology of tics and Tourette syndrome.--Compr. Psychiatry, 1981, 22, 193.

Shapiro A.K., Shapiro E. S., Bruun R. D., Sweet R. D. Gilles de la Tourette Syndrome. Raven Press, New York, 1978.

Shapiro A.K., Shapiro E.S., Young J.G.. Feinberg T.E. Tourette and Tic Disorders. Raven Press, New York, 1987.

Weiden P., Bruun R. Worsening of Tourette's disorder due to neuroleptic-induced akat-hisia.—Am. J. Psych., 1987, 144, 504.

Глава 34

РАССТРОЙСТВА, СВЯЗАННЫЕ С ЭКСКРЕЦИЕЙ

ВВЕДЕНИЕ

Контроль за кишечником и мочевым пузырем обычно развивается постепенно и последовательно. Нормальная последовательность контроля этих отправлений следующая: 1) развитие способности воздерживаться от опорожнения кишечника ночью; 2) развитие способности воздерживаться от опорожнения кишечника днем; 3) развитие контроля над мочевым пузырем днем; 4) развитие контроля над мочевым пузырем ночью.

Достижение этих вех в развитии определяется физиологическим созреванием, интеллектуальными способностями, степенью культуры, влияющей на обучение пользованию туалетом, включая возраст, когда оно начинается, и специфические особенности этого обучения, а также психологическим складом и отношениями в каждой паре родитель—ребенок.

ФУНКЦИОНАЛЬНЫЙ ЭНКОПРЕЗ

Определение и диагностические критерии

Функциональный энкопрез — недержание кала в том возрасте, когда контроль за деятельностью кишечника физиологически уже должен быть выработан, и когда обучение пользования туалетом уже должно быть завершено. Ниже приводятся диагностические критерии DSM-III-R для функционального энкопреза:

А. Повторяющееся выделение экскрементов в места, не пред назначенные для этой цели (например, одежда, пол), либо непрои звольное, либо намеренное. (Недержание может быть результа том переполнения вторичным по отношению к функциональной задержке опорожнения кишечника, т. е. к запору.)

Б. По крайней мере одно такое проявление в месяц в течение не менее 6 мес.

В. Хронологический и умственный возраст, самое меньшее 4 года.

Г. Не связано с соматическим заболеванием, таким как аганглиоз толстой кишки.

Определите, первичный или вторичный тип.

Первичный тип: расстройству не предшествовал период, когда больной страдал задержкой опорожнения кишечника, продолжающейся не менее 1 года.

Вторичный тип: расстройству предшествовал период, когда больной страдал задержкой опорожнения кишечника, продолжающейся по меньшей мере 1 год.

Каловые массы могут быть нормальной, почти нормальной или жидкой консистенции. Это позволяет отнести некоторые, но не все случаи, за счет недержания кала, связанного с переполнением кишечника, как считают большинство педиатров и относят их в рубрику функционального энкопреза. Согласно DSM-III-R, хронологический и психический возраст ребенка должен быть по меньшей мере 4 года, а эти неприятные происшествия с калом должны появляться не реже чем 1 раз в месяц в течение последних 6 мес.

Согласно DSM-III-R, также требуется, чтобы было определено, является ли энкопрез первичным или вторичным. Энкопрез, развивающийся в любое время после периода, когда больной страдал задержкой опорожнения кишечника длительностью в год, относится ко вторичному типу.

Эпидемиология

Наличие функционального энкопреза может диагностироваться у 1% 5-летних детей. Он чаще обнаруживается у представителей социально-экономических классов, и в три—четыре раза чаще у лиц мужского пола. У примерно '/з детей, страдающих энкопрезом, имеется также и энурез. Наиболее часто энкопрез наблюдается в дневные часы; если энкопрез происходит ночью, прогноз значительно ухудшается.

Хотя в большинстве случаев при энкопрезе не бывает значительной задержки каловых масс в кишечнике, приблизительно у */4 больных энкопрез связан с запорами, в результате которых и наблюдается энкопрез, относящийся к типу, связанному с нарушением функции кишечника.

Этиология

Отсутствие или недостаточно эффективное обучение пользоваться туалетом может приводить к задержке навыка сдерживать опорожнение кишечника. Имеются также данные, что некоторые дети, больные энкопрезом, всю жизнь страдают недостаточностью сократительной функции кишечника. Это само по себе или, особенно, в сочетании создает возможность для возникновения борьбы между ребенком и родителем, и исход этой борьбы зависит от анатомических особенностей ребенка и способностей к выработке контроля.

Такая борьба часто усиливает патологическое состояние и обусловливает вторичные нарушения поведения. Иногда может развиваться страх перед туалетом, который нужно преодолевать.

Если энкопрез отмечается у лиц, которые явно способны контролировать функцию своего кишечника, и которые выделяют фекальные массы относительно нормальной консистенции в неположенных местах, эти лица обычно страдают также какими-то психическими расстройствами. Энкопрез может быть связан с другими проблемами развития нервной системы, включая легкую отвлекаемость, неспособность длительно поддерживать внимание, низкую толерантность к фрустрации, гиперактивность и плохую координацию.

Психогенный мегаколон. Многие дети с энкопрезом также удерживают длительно каловые массы либо произвольно, либо из-за болезненной дефекации, в связи с чем возникают запоры. В результате из-за объемных твердых каловых масс может развиться хроническое растяжение прямой кишки, потеря тонуса ее стенок и нечувствительность к давлению. Таким образом, многие из этих детей перестают осознавать позывы к дефекации, и энкопрез, обусловленный переполнением, может иметь место при относительно небольшом количестве вытекающих жидких или мягких испражнений. Обонятельное привыкание может способствовать снижению или исчезновению сенсорных сигналов, которые в норме играют дополнительную роль в выработке нормальной функции.

Вторичный энкопрез иногда является регрессией, связанной с такими стрессами, как рождение сиблинга, развод у родителей, изменение места жительства или начало школьного обучения.

Клиническое описание

Естественным ходом событий является самопроизвольное прекращение энкопреза, и он обычно редко наблюдается позднее раннего и среднего подросткового возраста.

Энкопрез обычно отвратителен для большинства людей и может приводить к возникновению сильного напряжения в семье и социальному остракизму. Ребенок с энкопрезом часто является козлом отпущения. Над ним обычно смеются сверстники, и его избегают взрослые. Психологически у больного может быть притуплённая реакция на тот эффект, который он оказывает на других, но большинство страдающих энкопрезом имеют крайне низкую самооценку и понимают, что к ним плохо относятся.

Кроме этих психологических осложнений, большинство неприятностей связано со снижением функции желудочно-кишечного тракта, вторичным по отношению к удерживанию каловых масс, включая ущемление и трещины ануса.

Дифференциальный диагноз

Основываясь на критериях DSM-III-R, недержание кала, связанное с нарушением функции кишечника, являющееся вторичным по отношению к периоду задержки выделения каловых масс, должно рассматриваться как «функциональный энкопрез». Характерными особенностями этого расстройства являются частый жидкий стул и твердые каловые массы в толстом кишечнике и прямой кишке, обнаруживаемые при пальпации и исследовании прямой кишки. У некоторых детей также имеют место трещины ануса в настоящем или в прошлом, появление крови и боли при дефекации. Хотя эти дети нуждаются в помощи и педиатра, и психиатра, и в лечении, однако наличие у них органического фактора исключает диагноз функционального энкопреза. Следует также исключить органические причины энкопреза. Главная дифференциально-диагностическая трудность состоит в том, чтобы исключить аганглиоз толстой кишки или болезнь Гиршпрунга, при котором прямая кишка может быть пустой, позывы к дефекации у больного отсутствуют, а переполнение кишечника каловыми массами все же наблюдается.

Лечение

К тому времени, когда ребенка приводят к врачу, в семье обычно уже достаточно раздоров и отчаяния. Следует ослабить внутрисемейное напряжение и создать атмосферу, в которой нет места наказаниям. Точно так же надо предпринять усилия, чтобы облегчить страдания ребенка в школе. Необходимо обеспечить смену нижнего белья так, чтобы это никому не бросалось в глаза.

Психотерапия эффективна для ослабления напряжения в семье, облегчения реакции лица, страдающего энкопрезом, на свою неполноценность (т.е. низкую самооценку и социальную изоляцию), для обращения к психодинамической причине, имеющейся у тех детей, которые могут контролировать свой кишечник, но продолжают выделять испражнения в неподходящих местах, а также для лечения случаев вторичного энкопреза, являющихся реакцией на психологический стресс.

С большим успехом используются поведенческие методы, включая «звездные карты», когда ребенок наносит на карту случаи, когда он или она «остаются сухими», и другие методы поведенческого подкрепления.

В случаях недержания кала, связанного с нарушением функции кишечника, вторичного по отношению периоду задержки каловых масс (запору), надо обучать больного правилам гигиены, а также принимать меры к ослаблению боли при дефекации, обусловленной трещинами или твердым стулом; это надо делать, проконсультировавшись с педиатром.

ФУНКЦИОНАЛЬНЫЙ ЭНУРЕЗ

Определение и диагностические критерии

Энурез проявляется в повторяющихся мочеиспусканиях в неподходящих местах. Мочеиспускание может быть непроизвольным или произвольным. Например, некоторые лица с дневным энурезом могут намеренно не тормозить рефлекс мочеиспускания, а некоторые признают, что просыпались и принимали решение помочиться в постели вместо того, чтобы идти в туалет. Кроме того, минимальный хронологический возраст для энуреза должен быть 5 лет, а минимальный умственный возраст 4 года. Ниже приводятся критерии DSM-III-R для функционального энуреза:

А. Повторяющиеся мочеиспускания в течение дня или ночи в постель или в одежду, либо произвольные, либо непроизволь ные.

Б. По меньшей мере два события в месяц для детей в возрасте от 5 до 6 лет, и по меньшей мере одно событие в месяц для более старших детей.

В. Хронологический возраст по меньшей мере 5 лет, а ум ственный по меньшей мере 4 года.

Г. Не связано с физическим заболеванием, таким как диабет, инфекция мочевых путей или расстройство в виде припадков.

Определите, первичный или вторичный тип.

Первичный тип: нарушению не предшествовал период нарушения регуляции функции мочевого пузыря, продолжающийся по меньшей мере один год.

Вторичный тип: нарушению предшествовал период нарушения регуляции функции мочевого пузыря, продолжающийся по меньшей мере один год. Определите, только ночной, только дневной или и ночной, и дневной энурез.

Энурез характеризуется как «первичный», если больные не имели нормальной функции сфинктера мочевого пузыря, минимум в течение 1 года, и как «вторичный», если у больных энурез начинался после 1 года нормального функционирования. Врач должен далее отметить, является ли энурез дневным, ночным или и дневным и ночным. Эти субклассификации имеют практическое диагностическое и терапевтическое применение.

Эпидемиология

Энурезом страдает больше мужчин, чем женщин в любом возрасте. Заболевание встречается в 7% у мальчиков и в 3% у девочек в возрасте 5 лет, у 3% мальчиков и 2% девочек в возрасте 10 лет, у 1 % мальчиков и почти полностью отсутствует у девочек в возрасте 18 лет.

Дневной энурез встречается значительно реже, чем ночной. Только приблизительно у 2% 5-летних детей имеет место дневной энурез не реже 1 раза в неделю. В отличие от ночного энуреза, дневной энурез чаще наблюдается у девочек, чем у мальчиков.

Психические нарушения имеются лишь у 20% детей, больных энурезом, и они наиболее часто отмечаются у девочек, страдающих энурезом, и у детей, которые страдают энурезом и днем и ночью.

Этиология

В норме контроль над мочевым пузырем развивается постепенно, и на него влияют особенности нейромышечной системы, когнитивной функции, социально-экономические факторы, обучение пользоваться туалетом и, возможно, генетические факторы. Нарушения одного или более из этих факторов могут вызывать задержку в развитии способности удерживаться от мочеиспускания. Хотя наличие органического поражения не дает возможности поставить диагноз хронического энуреза, коррекция анатомического дефекта или лечение инфекции не всегда излечивает энурез, что указывает на наличие в некоторых случаях функционального этиологического фактора. В лонгитудинальном исследовании развития детей показано, что те дети, которые страдали энурезом, примерно вдвое чаще имеют задержки развития.

Около 75% детей больных энурезом имеют родственников первой степени родства, также страдающих энурезом. Уровень конкордантности выше у монозиготных близнецов, чем у дизиготных. Хотя генетический компонент может вносить свой вклад, большая роль принадлежит наличию толерантности к энурезу в этих семьях, а также другим психологическим факторам.

Большинство страдающих энурезом имеют анатомически нормальный мочевой пузырь, но он «функционально мал». Таким образом, дети, страдающие энурезом, ощущают потребность помочиться при менее наполненном мочевом пузыре, чем это имеет место в норме, и, следовательно, они мочатся более часто и в меньшем количестве, чем нормальные дети.

Психологический стресс может в некоторых случаях усиливать вторичный энурез. У маленьких детей это расстройство бывает, в частности, связано с рождением сиблиига, госпитализацией между 2 и 4 годами, началом учебы в школе, распадом семьи (из-за развода или смерти) или переездом на новое место жительства.

Клиническая картина

Функциональный энурез обычно прекращается сам по себе. Ребенок в конце концов приучается контролировать себя и психические нарушения, как правило, не развиваются. Большинство боль-

ных отмечают, что имеющиеся у них нарушения вызывают дистонию Эго, и когда энурез прекращается, у них повышается самооценка и уверенность в себе.

В 80% случаев энурез является первичным, и такие дети не могут поддерживать контроль над своим мочевым пузырем в течение года. Вторичный энурез обычно начинается в возрасте между 5 и 8 годами; если он появляется намного позже, особенно в зрелом возрасте, следует искать органический фактор. Имеются некоторые данные о том, что вторичный энурез у детей более часто связан с имеющимися психическими нарушениями, чем первичный энурез.

Энурез не связан с какой-либо определенной стадией сна или временем ночи, а, наоборот, наблюдается в случайном порядке. В большинстве случаев качество сна остается нормальным. Имеются также некоторые данные, что страдающие энурезом во сне производят больше звуков, чем здоровые дети. Рецидивы могут иметь место как у детей, которые излечились спонтанно, так и у тех, которые получали терапию. Значительные эмоциональные и социальные проблемы, которые возникают при энурезе, обычно являются результатом первичного расстройства и включают низкую самооценку, чувство собственной неполноценности, скованность и ограничения в социальном плане и внутрисемейные конфликты.

Дифференциальный диагноз

Хотя большинство случаев энуреза являются функциональными, необходимо исключить возможные органические причины. Органические факторы наиболее часто обнаруживаются у детей, у которых имеет место и ночной и дневной энурез, сочетающиеся с частым мочеиспусканием и срочной необходимостью опорожнить мочевой пузырь. Они включают 1) нарушения мочеполовой системы — структурные, неврологические и инфекционные — например, уропатию с закупоркой, скрытую расщелину позвоночника и цистит; 2) другие органические расстройства, которые могут обусловливать полиурию и энурез, например, сахарный диабет или несахарный диабет; 3) расстройства сознания и сна, например, припадки, опьянение и сомнамбулизм, во время которых больной теряет мочу, и 4) побочные эффекты лечения антипсихотическими препаратами, например тиоридазином.

Лечение

Из-за того, что причина функционального энуреза неизвестна, и в связи с его спонтанным излечением, даже без терапии, улучшение может наблюдаться при применении различных методов.

Обучение пользованию туалетом. Во-первых, необходимо, что-

бы родители предприняли попытку, как следует научить ребенка пользоваться туалетом, особенно в случае первичного энуреза. Если этого не было сделано, надо обучить, как это сделать и родителей, и больного. Полезно делать записи, чтобы знать, на каком фоне начиналось обучение, и следить за его успешностью, которая сама по себе может быть подкреплением. «Звездная карта» также может дать хороший эффект. К другим методам относится ограничение потребления жидкости перед сном и ночная побудка для посещения туалета.

Поведенческая терапия. Классическое обусловливание со звонком (или гудком) и специальным аппаратом является наиболее эффективным и совершенно безопасным методом лечения энуреза. Эффект обеспечивается более чем в 50% случаев. Лечение одинаково показано детям и с наличием психических нарушений, и без них; «замещающий симптом» также отсутствует. Препятствия могут возникать в виде несогласия ребенка или семьи и неумения правильно пользоваться аппаратом, а также рецидивов.

Также применяются тренировка мочевого пузыря — похвала или вознаграждение за более длительный период воздержания от мочеиспускания во время бодрствования. Хотя этот метод иногда приносит успех, он менее эффективен, чем звонок и аппарат.

Фармакотерапия. Лекарства редко применяются для лечения энуреза, и только в тех случаях, когда необходимо облегчить социоэмоциональные страдания больного, и это не удается сделать с помощью других методов. Имипрамин оказался эффективен и рекомендован для лечения энуреза у детей, желательно на короткий период времени. У 30% больных энурез полностью прекращается, а у 85% — ослабевает. Однако эффект не всегда продолжителен. Через 6 мес лечения обычно развивается толерантность, а если лечение прерывается, энурез возобновляется с прежней частотой в течение нескольких месяцев. Более серьезную проблему составляют побочные действия, из которых главным является кардиотоксичность.

Психотерапия. Хотя существует множество психологических и психоаналитических теорий энуреза, в исследованиях с хорошим контролем показано, что сама по себе психотерапия при энурезе неэффективна. Однако психотерапия может оказать хороший эффект в отношении эмоциональных и семейных проблем, возникающих вторично к основному нарушению, или в отношении имеющихся психических нарушений.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

Anders T.F., Freeman E.D. Enuresis.— In: Basic Handbook of Child Psychiatry/Ed. J. Nospitz, vol. 2, p. 546. Basic Books, New York, 1979.

Fleisher D. R. Diagnosis and treatment of disorders of defecation in children.— Pediatr. Ann., 1976, 5, 72.

Foxman B., Valdez R. B., Brook R. H. Childhood enuresis: Prevalence perceived impact,
and perscribed treatments.— Pediatr., 1986, 77, 482. *Hersov L.* Faecal soiling.— In: Child and Adolescenct Psychiatry: Modern Approaches,
ed. 2/Eds. M. Rutter, L. Hersov, p. 482. Blackwell Scientific Publications, Oxford, England, 1985. *Kisch E. H., Pfeffer C. R.* Functional encopresis: Psychiatric in patient treatment.—Am.
J. Psychother., 1984, 38, 264. *Kohin I., Mac Keith R. C, Meadow S. R.,* editors Bladder control and enuresis. Clinics in
Developmental Medicine nos. 48/49. Spastics International Medical Publications, London, 1973. *Landman G. B.* Locus of control and self-eseem in children with encopresis.—J. Dev. Be-
hav. Pediatr., 1986, 7, 11.
Levine M. D., Mazonson P., Bakow H. Behavioral symptom substitutions in children cured of encopresis.—Am. J. Dis. Child, 1980, 134, 663. *Schmitt B. D.* Daytime wetting (diurnal enuresis).— Pediatr. Clin. North Am., 1982, 29,
9. *Shaffer D.* Enuresis.— In: Child and Adolescent Psychiatry: Modern Approaches,
ed. 2/Eds. M. Rutter, L. Hersov, p. 465. Blackwell Scientific Publications, Oxford, England, 1985.

Глава 35

РАССТРОЙСТВА РЕЧИ, НИГДЕ БОЛЕЕ НЕ КЛАССИФИЦИРУЕМЫЕ (ДРУГОЕ НАЗВАНИЕ ОТСУТСТВУЕТ, ДНО)

35.1. НЕВНЯТНАЯ РЕЧЬ

ОПРЕДЕЛЕНИЕ

DSM-III-R определяет невнятную речь как расстройство беглости речи, включающее нарушение и скорости, и ритма речи, в результате чего речь становится непонятной. При этом расстройстве речь беспорядочная и неритмичная, состоящая из быстрых и резких вспышек, которые обычно состоят из неправильно составленных фраз (например, чередующиеся периоды пауз и вспышек речи, не связанные с грамматической структурой предложения). Невнятная речь впервые введена в классификацию DSM-III-R, где она отнесена к категории расстройств развития и речи.

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ

Исследования этого расстройства единичные, и точных сведений о его распространенности нет. Однако установлено, что данное расстройство встречается менее часто, чем заикание. Оно чаще встречается у мужчин, чем у женщин.

ЭТИОЛОГИЯ

Причина возникновения невнятной речи неизвестна. У лиц, страдающих этим расстройством, как правило, наблюдаются случаи аналогичных расстройств среди членов семьи. Имеются некоторые данные о том, что это нарушение может возникать в начальной школе, где английский изучается как второй язык.

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ

Расстройство начинается в возрасте между 2 и 8 годами. Оно развивается в течение нескольких недель или месяцев и ухудшается в ситуациях эмоционального стресса или давления. Речь быстрая, иногда слишком быстрая и резкие речевые вспышки делают ее совершенно непонятной. Между быстрыми вспышками

вереницы слов имеют место паузы, которые не связаны с завершением предложения, что делает предложение фрагментарным и незавершенным.

Около 2/3 детей спонтанно выздоравливают к подростковому возрасту. При невнятной речи наблюдается не так много сопутствующих нарушений, таких, как социальная изоляция, тики и депрессия, как при заикании. В небольшом числе тяжелых случаев из-за плохих речевых контактов могут иметь место вторичные эмоциональные расстройства или отрицательные реакции в семье на имеющееся у ребенка нарушение.

ДИАГНОЗ И ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ

За исключением детей младше 2 лет, диагностическими критериями для детей с невнятной речью являются следующие.

Расстройство беглости речи, включающее нарушение как скорости, так и ритма речи, в результате которого речь становится непонятной. Речь беспорядочная и дизритмичная, состоит из быстрых и резких вспышек, которые обычно включают неправильно составленные фразы (например, чередующиеся паузы и вспышки речи, которые содержат группы слов, не связанных с грамматической структурой предложения).

Невнятную речь следует дифференцировать от заикания, другого расстройства развития речи, которое характеризуется частым повторением или удлинением произнесения звуков или слогов, что значительно нарушает беглость речи. Основной дифференциально-диагностической особенностью является то, что при невнятной речи субъект обычно не осознает своего расстройства, тогда как в начальной стадии развития заикания субъект очень болезненно относится к своему дефекту.

ЛЕЧЕНИЕ

В большинстве случает при умеренной и сильной степени тяжести показана речевая терапия. Психотерапия показана, когда у ребенка имеются фрустрация, тревога, депрессия и затруднения в социальной адаптации, в общении со сверстниками и в школе. Семейная терапия показана, чтобы помочь родителям понять свою реакцию на имеющееся у ребенка расстройство и помочь ему.

Данных о длительности эффекта речевой терапии и различных психотерапевтических подходов пока нет, однако такая терапия помогает облегчить состояние.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

Bloom L., Lahey M. Language Development and Language Disorders. Wiley, New York, 1978.

Chess S., Rosenberg M. Clinical differentiation among children with initial language complaints.—J. Autism Child. Schizoph., 1974, 4, 99.

Templin M., Darley F. The Templin Darley Tests of Articulation. Bureau of Education Research and Service, Univers ty of Iowa, Iow^ City, 1969.
Wylie H. L., Franchack P., McWilliams B.J. Characteristics of children with speech disorders seen in a child guidance center.—Percept. Motor Skills, 1955, 20, 1101.

35.2. ЗАИКАНИЕ

ОПРЕДЕЛЕНИЕ

Согласно DSM-III-R, заикание является расстройством развития речи, характеризующимся частым повторением или удлинением произнесения звуков или слогов, что значительно нарушает беглость речи. Необычные запинки и паузы прерывают ритмическую плавность речи. Причина этого расстройства неизвестна. По-английски заикание обозначается двумя терминами-синонимами «stuttering» и «stammering».

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ

Заиканием страдает около 5% детей, у которых оно проходит к подростковому возрасту. Это расстройство в три раза чаще встречается у мальчиков, чем у девочек; у мальчиков оно также более устойчивое. В разных культурных особенностях частота этого расстройства разная; оно встречается несколько чаще в условиях, связанных со стрессами из-за конкуренции.

ЭТИОЛОГИЯ

Хотя точно этиологические факторы неизвестны, выдвигается множестно теорий: 1) теории, которые выдвигают идею существования «блока заикания», 2) теории, объясняющие заикание условиями, при которых расстройство начинается, 3) теории научения, 4) теория кибернетической модели и 5) теории, связывающие заикание с определенным функциональным состоянием мозга.

Теории «блока заикания»

Теории «блока заикания» можно разделить на три типа: геногенные, психогенные и семантогенные.

Основной предпосылкой геногенной модели является то, что заикающийся биологически отличается от незаикающегося. Примером может служить теория церебральной доминантности, согласно которой у детей существует предрасположенность к заиканию в связи с конфликтом между двумя половинами мозга за контроль над активностью органов речи. Все мнения совпадают относительно того, что имеется определенный тип, конституционально предрасположенный к заиканию, но развитию его также способствуют внешние стрессы.

Большинство психогенных теорий подчеркивает обсессивно-компульсивные механизмы и целый ряд психосоциальных факторов, например, негармоничная

семья. Заикание рассматривается как невроз, обусловленный проникновением в более поздний период жизни ранних прегенитальных орально-садистических и садистических компонентов.

Согласно семантогенным теориям, заикание есть выученная патологическая реакция на неправильное повторение слогов и слов в раннем возрасте.

Теория начала

Теории начала делятся на три категории: срыв, потребности, связанные с репрессией, и теории антиципации — борьбы.

Теории срыва рассматривают заикание как мгновенную утрату сложной координации, участвующей в речи. Большинство таких теорий рассматривает конституциональные или органические факторы — т.е. геногенные факторы, обсуждаемые выше,— как причины срыва.

Теории потребностей, связанных с репрессией, основываются на психоаналитической концепции и описывают заикание как невротический симптом, корнями глубоко уходящий в подсознательные потребности. Согласно ранним теориям, заикание дает оральное удовлетворение или отражает орально-агрессивные или анально-агрессивные интересы.

Теория антиципация — борьба постулирует, что заикающиеся не могут хорошо говорить, так как они считают, что говорить трудно, т. е. они предвидят трудности в речи.

Теория научения

Теории научения используют модели обратной связи. Теории обучения типа стимул — реакция применяют довольно точный язык поведенческой науки для определения процессов, участвующих в выучивании и поддерживании заикания, идентификации мотивационных факторов, стимульных переменных и подкрепляющих условий. Одной из центральных проблем является применение принципов теории научения к заиканию для объяснения природы подкрепления, которое обусловливает устойчивость заикания, несмотря на наказание.

Кибернетическая модель

В кибернетической модели речь рассматривается как автоматическийпроцесс, который регулируется от обратной связи. Заикание может обусловливаться срывом в обратной связи или в сенсорных рецепторах этой обратной связи. Наблюдение, что заикание уменьшается при белом шуме и что задержанная слуховая обратная связь вызывает искусственное заикание у здоровых в процессе речи, подтверждает эту точку зрения.

Теория изменения функционального состояния мозга

Исследование мозговой латерализации и специализации показывает, что заикание может быть результатом неполной латерализации в отношении языка. В некоторых работах, где применялась электроэнцефалография, отмечается, что при заикании у мужчин имеет место подавление альфа-ритма справа при предъявлении словесных стимулов и заданий, а не в левом полушарии, как у незаикающихся мужчин и у женщин. Выдвинутая давно гипотеза о развитии заикания у детей-левшей, переученных в правшей, не подтвердилась.

Недавно проведенные семейные исследования и исследования близнецов указывают на то, что заикание является генетически наследуемым неврологическим расстройством. Однако в настоящее время убедительных данных на этот счет нет.

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ И ТЕЧЕНИЕ

Заикание обычно начинается в возрасте до 12 лет, в большинстве случаев между 18 мес и 9 годами; имеется два острых типа начала между 2—3 и 5—7 годами. Заикание начинается не внезапно, оно обычно развивается в течение нескольких недель или месяцев, начинаясь с повторения начальных согласных, целых слов, которые обычно являются первыми словами предложения или длинными словами. По мере того, как расстройство прогрессирует, повторения становятся все более частыми с постоянным заиканием на более важных словах и фразах. Даже после того, как оно разовьется, заикание может отсутствовать при чтении вслух, пении или разговоре с домашними животными или неодушевленными предметами.

В заикании выделены четыре последовательные фазы.

Фаза 1 появляется в дошкольном периоде. В начале расстройство отмечается эпизодически в течение нескольких недель или месяцев между длительными периодами нормальной речи. После этого периода наблюдается значительный процент выздоровления.

Во время этой фазы дети заикаются более часто, будучи взволнованными или огорченными, когда им хочется сказать много или в ситуации коммуникативного давления.

Фаза 2 обычно возникает в начальной школе. Расстройство является хроническим, с очень небольшими периодами нормальной речи, если они вообще бывают. Такие дети осознают свой недостаток речи и смотрят на себя как на заик. В этой фазе заикание касается основных частей речи—существительных, глаголов, прилагательных и наречий.

Фаза 3 обычно наступает после 8 лет и длится до подросткового возраста. Чаще всего она наступает в конце детского и начале подросткового возраста. Во время этой фазы заикание возникает и усиливается при определенных ситуациях, например, когда вызывают к доске в школе, когда ведут беседу с незнакомыми, делают покупки в магазине и разговоре по телефону. Некоторые слова и звуки являются более трудными, чем остальные.

Фаза 4 обычно бывает в позднем подростковом возрасте и у взрослых. Заикающиеся обнаруживают выраженное ожидание заикания со страхом. Они боятся слов, звуков и ситуаций. Типичными являются подмена слов и многословие. Заикающиеся избегают ситуаций, требующих речи, и обнаруживают другие признаки страха и смущения.

Течение заикания обычно хроническое с некоторыми периодами частичных ремиссий, продолжающихся неделями или месяцами, и обострений, появляющихся наиболее часто при необходимости общаться. От 50 до 80% детей с заиканием, особенно в легких случаях, спонтанно выздоравливают.

В хронических случаях у детей школьного возраста могут иметь место нарушения отношений со сверстниками в результате того, что их дразнят, и из-за социального остракизма. У этих детей может ухудшаться успеваемость, если они пытаются избегать разговаривать в школе. Более поздние основные осложнения включают ограничения у этих детей в выборе профессии и прогрессе.

Это расстройство чаще поражает детей, в семьях которых оно уже имеется, чем население в целом.

Заикающиеся могут страдать сопутствующими нарушениями: отчетливое ожидание заикания со страхом заикания, с избеганием определенных слов, звуков или ситуаций, в которых ожидается заикание; моргание глазами; тики и тремор губ или челюсти. Для страдающих хроническим заиканием типичны фрустрация, тревога и депрессия.

ДИАГНОЗ

Диагноз заикания нетруден, когда клиника очевидна, и каждую из четырех фаз можно распознать. Могут возникнуть диагностические трудности, если пытаются установить наличие заикания у маленьких детей, которые находятся в дошкольном возрасте, когда речь не очень беглая. Могут возникнуть трудности при определении, является ли это отсутствие беглости частью нормальной речи или развития языка у некоторых детей или же представляет собой начальную стадию в развитии заикания. Так как от 50 до 80% заикающихся выздоравливают спонтанно, лучше всего действовать убеждениями и не фокусировать внимание на нарушениях раннего периода развития. Диагностический критерий DSM-III-R для заикания следующий:

Частые повторения или удлинение произнесения звуков или слогов, которые значительно нарушают беглость речи.

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ

Спастическая дисфония является расстройством речи, подобным заиканию, и отличается от заикания наличием патологического паттерна дыхания.

Нечеткость речи является другим нарушением развития речи, характеризующимся беспорядочными и дизритмичными речевыми паттернами в виде быстрых и резких вспышек слов и фраз. При нечеткости речи осознание своего недостатка обычно отсутствует, тогда как заикающиеся уже после начальной фазы расстройства остро ощущают свои нарушения речи.

ЛЕЧЕНИЕ

До конца XIX в. наиболее типичным лечением для заикающихся было отвлечение внимания, внушения и релаксация. Самым частым приемом для отвлечения внимания является обучение заикающихся говорить одновременно с ритмическими движе-

ниями руки или пальцев. Заикающимся также советуют говорить медленно, нараспев или монотонно. Эти подходы, однако, ослабляют заикание только временно. Методы внушения, такие, как гипноз, также прекращают заикание, но опять-таки только временно. Методы релаксации основываются на предпосылках, что почти невозможно расслабиться и в то же время продолжать заикаться. В настоящее время методы отвлечения внимания, внушение и релаксации из-за их кратковременного эффекта не применяются.

Классический психоанализ, психотерапия, ориентированная на критику, групповая терапия и другие психотерапевтические модальности не эффективны в лечении заикания. Однако, если заикающиеся страдают низкой самооценкой, тревогой, депрессией или обнаруживают признаки невроза или другого эмоционального расстройства, индивидуальная терапия показана и эффективна для лечения сопутствующих нарушений.

Семейная терапия также должна применяться, если имеются признаки нарушения отношений в семье и эти нарушения отрицательно влияют на заикание или если семья испытывает стресс, связанный с попытками примириться с заиканием или помочь заикающемуся.

Большинство современных методов лечения заикания основывается на точке зрения, что заикание в значительной мере является формой выученного поведения, которое не обязательно связано с невротическими нарушениями или неврологической патологией. Эти подходы направлены непосредственно на речевые нарушения с целью минимизировать факторы, поддерживающие и усиливающие заикание, модифицировать или понизить тяжесть заикания путем ликвидации вторичных нарушений и убедить заикающегося разговаривать, даже с заиканием, достаточно свободно и без усилий, чтобы избежать страха и блока.

Одним из примеров такого подхода является самотерапия, предложенная Американской организацией речи. Самотерапия основывается на предпосылке, что заикание является не симптомом, а поведением, которое можно видоизменить. Заикающимся говорят, что они могут научиться контролировать себя, частично модифицируя свое отношение к заиканию и частично видоизменяя девиантное поведение, связанное с «блоком заикания». Этот подход включает десенсибилизацию, снижающуюся эмоциональную реакцию и страхи перед заиканием и замещающую их на положительные действия по контролю над моментом появления заикания. Основной принцип состоит в том, что заикание есть то, что человек делает, и заикающийся может научиться изменять то, что он делает. Какой бы терапевтический подход не применялся, индивидуальная и семейная поддержка всегда полезны. Коллективная и семейная поддержка ребенка или подростка должна начаться до начала лечения.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

Andrew G., Guitar B., Howie P. Meta-analysis of the effects of stuttering treatment.— J. Speech Hear Disord., 1980, 45, 287. *Kavanaugh J., Strange W.* Speech and Language in the Laboratory School and Clinic. MTP Press, Cambridge, MA, 1978. *Koller W.C.* Dysfluency (stuttering) in extrapyramidal disease.— Arch. Neurol., 1983, 40, 175. *Metier J. E.* Speech Disorders: Clinical Evaluation and Diagnosis. S. P. Medical and Scientific Books, New York, 1985. *Ryan B. P.* Programmed Therapy for Stuttering in Children and Adults. Thomas, Springfield, IL, 1974.
Schwartz M.F. Stuttering Solved. Lippincott, Philadelphia, 1976. *Shames G.* Dysfluency and stuttering.— Pediatr. Clinics North Am., 1968, 15, 691. *Sheehan J.* Stuttering: Research and Therapy. Harper and Row, New York, 1970. *Travis L.,* editor Handbook of Speech Pathology and Audiology. Appleton-Century-Crofts, New York, 1971. *Van Riper C* The Nature of Stuttering. Prentice-Hall, Englewood Cliffs, NJ, 1971.

Глава 36

ДРУГИЕ РАССТРОЙСТВА, НАБЛЮДАЮЩИЕСЯ В МЛАДЕНЧЕСТВЕ, ДЕТСТВЕ И ПОДРОСТКОВОМ ВОЗРАСТЕ

36.1. ЭЛЕКТИВНЫЙ МУТИЗМ

ОПРЕДЕЛЕНИЕ И ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ

Элективный мутизм характеризуется устойчивым отказом говорить в одной или более социальных ситуациях, включая школу, несмотря на способность понимать разговорную речь и разговаривать. Диагностические критерии для элективного мутизма следующие.

А. Устойчивый отказ говорить в одной или более основных социальных ситуациях (считая школу).

Б. Способность понимать разговорную речь и говорить.

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ

Элективный мутизм встречается редко, менее чем у 1% больных, посещающих детскую службу психического здоровья. Хотя большинство детей, страдающих психическими расстройствами,— мальчики, элективный мутизм одинаково часто или даже чаще встречается у девочек.

У многих детей отмечается задержка начала речи. У детей с элективным мутизмом чаще, чем у населения в целом и чем у детей с другими расстройствами речи, встречается энурез и энкопрез. Компульсивные черты, негативизм, колебания настроения и поведения с противоречием и агрессией, особенно дома, также часто отмечаются у этих детей. Вне дома они часто исключительно стеснительные и молчаливые.

Этиология

Элективный мутизм представляет собой психологически обусловленный отказ разговаривать. Чрезмерная опека со стороны матери может быть предрасполагающим фактором. Дети с элективным мутизмом обычно свободно говорят дома; у них отсутствуют значительные биологические нарушения. Некоторые дети предрасположены к развитию элективного мутизма после эмоциональной или физической травмы, перенесенных в раннем возрасте, и некоторые врачи относят это проявление к травматическому мутизму, а не к элективному мутизму.

КЛИНИЧЕСКОЕ ОПИСАНИЕ

Наиболее часто такие дети разговаривают почти исключительно со своей семьей дома, но нигде больше, особенно в школе. Отсюда у них часто наблюдается плохая успеваемость и даже полная неуспеваемость. У них иногда не налаживаются социальные контакты, и тот факт, что сверстники их дразнят, делают из них «козлов отпущения», еще больше способствует их отказу посещать школу.

Некоторые дети с элективным мутизмом общаются с помощью жестов, например, кивают или качают головой или произносят «хм-хм» или «нет». Большинство случаев длится только недели или месяцы, но иногда годы. В одной работе, где проводилось длительное наблюдение, показано, что около половины детей выздоравливают в возрасте 5—10 лет. Дети, которые не выздоравливают к 10 годам, относятся к хроникам, и прогноз у них хуже.

У некоторых детей развиваются негативистические и садистические отношения со взрослыми, и они используют свою немоту, чтобы наказать взрослых. Это поведение нормализуется с улучшением речи в ситуациях, в которых ребенок ранее был нем.

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ

Очень стеснительный ребенок выражает немоту в новых, провоцирующих тревогу ситуациях. У этих детей часто в анамнезе наблюдались эпизоды, когда ребенок не разговаривал в присутствии незнакомых людей и жался к матери. Большинство детей, не разговаривающих при поступлении в школу, выздоравливает спонтанно, и у них постепенно проходит смущение.

Элективный мутизм следует также дифференцировать от преходящей немоты к новой, провоцирующей тревогу, ситуации. При этом расстройстве, однако, нарушения более широко распространены, и имеется не одна ситуация, в которой ребенок ведет себя нормально, может наблюдаться неспособность говорить, а не отказ разговаривать. При мутизме, вторичном по отношению к истерии, мутизм также является более первазивным.

Дети, попадающие в окружение, в котором говорят на другом языке, могут отказываться перейти на этот новый язык. Элективный мутизм следует диагностировать только, когда дети отказываются говорить на своем родном языке и когда они вполне уже овладели новым языком.

ЛЕЧЕНИЕ

С различным успехом применяются психотерапия, советы, поведенческая терапия и семейная терапия. Наибольший шанс на успех имеет мультимодальный подход с использованием индивидуальной, поведенческой и семейной терапии.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

Brown J. B., Lloyd H. A controlled study of children not speaking in school.—J. Assoc. Workers Maladjusted Children, 1975, p. 49.

Cantwell P. D., Baker L. Speech and language: Development and Disorders.— In: Child and Adolescent Psychiatry. Modern Approaches/Eds. M. Rutter, L. Hersov, p. 531. Blackwell Scientific Publications, Oxford, England, 1985.

Fundudis T., Kolvin I., Gar side R. Speech Retarded and Deaf Children: Their Psychological Development. Academic Press, London, 1979.

Hasselman S. Elective mutism in children 1877-1981. A literary summary.— Acta Paedopsychiatry, 1983, 49, 297.

Hayden T.L. Classification of elective mutism.—J. Am. Acad. Child. Psychiat., 1980, 19, 18.

Kolvin I., Fundudis T. Elective mute children: Psychological development and background factors.—J. Child. Psychol. Psychiatry, 1981, 22, 219.

Laybourne P. C. Elective mutism.— In: Basic Handbook of Child Psychiatry, vol. 2/Ed. J.D. Noshpitz, p. 464. Basic Books, New York, 1979.

Wilkins R. A comparison ofelective mutism and emotional disorders in children.— Brit. J. Psychiatry, 1985, 146, 198.

Wright H. L. A clinical study of children who refuse to talk in school.— J. Am. Acad. Child. Psychol., 1968, 7, 603.

36.2. РАССТРОЙСТВО ОТОЖДЕСТВЛЕНИЯ

ОПРЕДЕЛЕНИЕ И ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ

DSM-III-R определяет критерии расстройства отождествления как тяжелое субъективное потрясение по поводу неспособности интегрировать различные аспекты своего собственного «я». Расстройство проявляется в неопределенности своего отношения к разнообразию факторов, связанных с идентификацией, включая долгосрочные цели, выбор карьеры, паттерны дружбы и благожелательность. Эти расстройства продолжаются по меньшей мере 3 мес. Диагноз не относится к случаям симптоматических реакций в виде расстройства настроений или психотическим расстройствам. Ниже приведены диагностические критерии для расстройства идентификации:

А. Тяжелое субъективное потрясение по поводу неопределен ности, касающейся разнообразных факторов, связанных с ото ждествлением, включая три или более из следующих:

1) долгосрочные цели;
2) выбор карьеры;
3) паттерны дружбы;
4) сексуальная ориентация и поведение;
5) религиозное отождествление;
6) моральные ценностные системы;
7) групповые взаиморасположения.

Б. Нарушения в социальной или профессиональной (включая успеваемость) деятельности, как результат симптомов А.

В. Продолжительность расстройства не менее 3 мес.

Г. Появление не только в период расстройства настроения или психотического расстройства, такого как шизофрения.

Д. Расстройство не настолько первазивное и устойчивое, чтобы были основания поставить диагноз «пограничное расстройство личности».

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ

Относительно предрасполагающих факторов, семейных особенностей, преобладающего пола и частоты распространения надежных данных нет. Однако расстройство отождествления является более частым нарушением в современном обществе, чем было раньше. Причиной этого может быть то, что теперь благодаря средствам массовой информации и образованию имеются большие возможности для развития большей моральности, прогрессивного поведения и жизненного стиля, а также благодаря возросшим конфликтам между ценностями, признаваемыми сверстниками подростками, и ценностями, признаваемыми обществом.

ЭТИОЛОГИЯ

Предполагается, что причина расстройства отождествления психологическая. Подростки не в состоянии эффективно использовать интрапсихические и социальные моратории, выдвигаемые обществом, и не могут достигнуть эго-идентификации в том смысле, как его понимает Эриксон. В результате нормальной интрапсихической трансформации, необходимой для развития эго, появляются устойчивые регрессивные явления, и если они не облегчаются адекватно возросшими реакциями, появляется «расплывчатость» отождествления.

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ: ТЕЧЕНИЕ И ПРОГНОЗ

Начало расстройства отождествления наиболее часто бывает в позднем подростковом возрасте, когда субъект отдаляется от ядра семьи и пытается установить независимость и собственную ценностную систему. Начало обычно проявляется в постепенном нарастании тревоги, депрессии, регрессивных феноменов, таких, как потеря интереса к друзьям, школе или деятельности, раздражительность, нарушения сна и изменение привычек в отношении еды.

Существенная особенность этого заболевания та, которая вращается вокруг вопроса «Кто я?» Согласно DSM-III-R, имеется тяжелое субъективное потрясение, связанное с неспособностью интегрировать аспекты своего «я» в относительное последовательное и приемлемое самоощущение. В частности, отмечаются путаница и амбивалентность относительно долгосрочных целей, се-

ксуальности, выбора карьеры, религиозных вопросов, моральности, паттернов дружбы и благожелательности к ряду близких людей. Эти конфликты переживаются как непримиримые аспекты своего «Я», которые подросток не в состоянии интегрировать в связанную тождественность. Если нарушения не распознаются и не разрешаются, может наступить развернутый кризис отождествления. Как описывает Erikson, подростка одолевают тяжелые сомнения и неспособность принять решение (абулия), чувство изоляции и внутренней пустоты, нарастающая неспособность общаться с другими людьми, нарушения сексуальной функции, временной перспективы с чувством срочной необходимости что-то предпринять и принятием негативного отождествления.

Сопутствующие этому заболеванию особенности включают выраженное расхождение между самовосприятием подростка и точкой зрения других на подростка; умеренная тревога и депрессия, обычно связанные с внутренней поглощенностью, а не с внешними факторами, а также сомнения в себе и неуверенность в будущем, сопровождающиеся либо трудностями в выборе, либо импульсивными попытками установить независимое тождество.

Течение обычно относительно короткое, когда по мере преодоления отставания в развитии появляются способность к поддерживанию, одобрению и обеспечению психосоциального моратория. Большая длительность подросткового периода с обширным расстройством отождествления может приводить к хроническому состоянию расплывчатости отождествления, которая обычно указывает на наличие этого заболевания на ранних стадиях и на наличие пограничной патологии личности, расстройства настроения или шизофрении. Расстройство обычно проходит к возрасту 25 лет. Если оно сохраняется, субъект иногда не способен добиться успехов в работе и устойчивой привязанности в семье.

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ

Расстройство отождествления не следует диагностировать, если нарушения отождествления являются вторичными по отношению к другому психическому расстройству (например, пограничному расстройству личности, шизофрении или расстройству настроения). Иногда то, что вначале кажется расстройством отождествления, может оказаться продромальным проявлением других расстройств.

Предполагается, что сильные, но нормальные конфликты, такие как связанные с повзрослением, смятением подросткового кризиса или кризиса середины жизни, могут вызывать путаницу, но они обычно не связаны со значительными нарушениями в школьной, профессиональной или социальной деятельности или с тяжелыми субъективными потрясениями. Имеются, однако, об-

ширные данные о том, что фаза смятения у подростков не просто нормальная фаза, которая с возрастом проходит, а указание на наличие истинной психопатологии.

ЛЕЧЕНИЕ

Предпочтительным видом терапии является индивидуальная психотерапия, направленная на стимуляцию развития и роста. Подростки, особенно на регрессивной стадии расстройства отождествления, одинаково реагируют при пограничных расстройствах личности и обнаруживают хороший эффект на применение методов, в которых разрешается развитие переноса в контексте контролируемой регрессии без удовлетворения или инфантилизации больного. Узнавая чувства и желания больного, врач вдохновляет его далее исследовать свои желания и ощущения депривации и постараться понять с его помощью, что же случилось с больным.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

Bios P. On Adolescence. Free Press, Glen Cove, NY, 1962.
Egan J. Etiology and treatment of borderline personality disorder in adolescents. Hosp. and Comm. Psychiatry, 1986, 37, 6, 613.
Erikson E. H. The problems of ego identity.— J. Am. Psychoanal. Assoc, 1956, 4, 428.
Goldberg A. On the prognosis and treatment of narcissism.— J. Am. Psychoanal. Assoc, 1974, 22, 243.
Grinker R.R., Holzman P.S. Schizophrenic pathology in young adults.— Arch. Gen. Psychiatry, 1973, 28, 168.
Masterson J.F. The Psychiatric Dilemma of Adolescence. Little, Brown, Boston, 1967.
Puig-Antich J. Major depression and conduct disorder in prepuberty.— J. Am. Acad. of Child. Psych., 1982, 21, 118.
Robson K. S. The Borderline Child. Approaches to Etiology, Diagnosis, and Treatment. McGraw-Hill, New York, 1983.
SoloffP. #., George A., Nathan R. S., Schultz P. M. Progress in pharmacotherapy of borderline disorders.— Arch. Gen. Psychiatry, 1986, 43, 7, 691.
Stone M.H. The Borderline Syndromes. McGraw-Hill, New York, 1980.

36.3. РАССТРОЙСТВО РЕАКЦИИ ПРИВЯЗАННОСТИ, НАБЛЮДАЮЩЕЕСЯ В МЛАДЕНЧЕСТВЕ И РАННЕМ ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ

ОПРЕДЕЛЕНИЕ И ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ

Критерии DSM-III-R для расстройства реакции привязанности следующие:

А. Выраженное нарушение общения с окружающими в большинстве случаев, начинающееся в возрасте младше 5 лет, как свидетельствуют либо 1), либо 2):

1) устойчивое нежелание вступать в контакт или поддержи вать общение с окружающими (например, у младенцев отсутствие зрительного слежения и реципрокной игры, отсутствие голосового подражания или шаловливости), апатия, снижение или отсутствие спонтанности; в более старшем возрасте отсутствие или недостаточность лю бопытства или общительности;
2) неразборчивая общительность, например, чрезмерная фамильярность с почти незнакомыми людьми, прось бы о чем-то и повышенное внимание.

Б. Расстройство в А не является симптомом либо задержки умственного развития, либо первазивного расстройства развития, такого как расстройство в виде аутичности.

В. Значительные недостатки в заботе о ребенке, о чем свидетельствует по меньшей мере один факт из следующих:

1) постоянное пренебрежение основными эмоциональны ми потребностями ребенка в комфорте, стимуляции и внимании. Примеры: тяжелые наказания человеком, заботящимся о ребенке; постоянное пренебрежение;
2) постоянное игнорирование основных физических по требностей ребенка, включая питание, уборку и защиту от физической опасности и нападения (включая сексуа льные оскорбления);
3) повторяющаяся смена лиц, осуществляющих уход за ре бенком так, что устойчивая привязанность невозможна, например, частая смена отчимов.

Г. Высказывания предположения, что недостатки заботы, описанные в В, лежат в основе нарушений поведения, описанных в А; это предположение подтверждается, если расстройства, описанные в А, начинаются вслед за нарушением заботы в В.

Отметить: если отсутствует благополучие, кодировать, по оси III.

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ

Расстройство реакции привязанности младенчества и раннего детского возраста является совершенно новым диагнозом, который включает широкий диапазон состояния и этиологических причин. По частоте, преобладанию пола или семейным паттернам убедительные данные отсутствуют. Хотя диагностируемые подобным образом случаи наблюдаются во всех социально-экономических классах, исследования некоторых подгрупп (например, детей, которые не испытывают благополучия) позволяют предположить, что повышенная распространенность наблюдается среди низших классов. Это сочетается с большей вероятностью психосоциальной депривации, наличием родителя-одиночки, семейными и экономическими трудностями.

Надо также иметь в виду, что лицо, осуществляющее заботу, может вполне удовлетворять одного ребенка и совершенно не годится для другого, у которого может развиться расстройство реакции привязанности.

ЭТИОЛОГИЯ

Этиология заключена в названии расстройства. Предполагается, что очень плохая забота о младенце или о маленьком ребенке обусловливает нарушения общения, которые сразу очевидны. Этиологический момент, по-видимому, один, это — плохая забота о ребенке, враждебные действия по отношению к нему или пренебрежение его основными нуждами. Однако предполагается, что, анализируя состояние больного, которому подходит этот диагноз, надо рассмотреть вклад, вносимый каждым членом семьи и парой в целом, а также их взаимодействием. Следовательно, нужно взвешивать такие факторы, как темперамент младенца или маленького ребенка, нарушенные или недостаточные связи, наличие у ребенка отклонений в развитии или в сенсорной сфере, а также несоответствие в паре осуществляющий заботу—ребенок. Умственная отсталость у родителей, отсутствие у них навыков заботы о ребенке из-за неправильного воспитания, социальная изоляция или депривация и отсутствие возможности изучить поведение осуществляющего заботу, а также преждевременное материнство (во время раннего и среднего подросткового возраста) с неспособностью отреагировать и обеспечить потребности ребенка и доминированием собственных потребностей родителей над потребностями ребенка могут увеличивать вероятность развития у ребенка расстройства реакции привязанности.

Слишком частая смена осуществляющего заботу, помещение в детское учреждение, повторные длительные госпитализации или частая смена местожительства также могут способствовать развитию расстройства реакции привязанности.

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ

DSM-III-R определяет симптом этого расстройства как выраженное нарушение общения в большинстве ситуаций. Оно легко определяется по устойчивому нежеланию вступать в общение и поддерживать его или по неразборчивости в общении, например чрезмерная фамильярность в общении с незнакомыми (обращение к ним с просьбой или выражение повышенного внимания). Клиническая картина сильно варьирует в зависимости от физиологического и умственного возраста ребенка.

Может быть, наиболее типичной клинической картиной у мла-

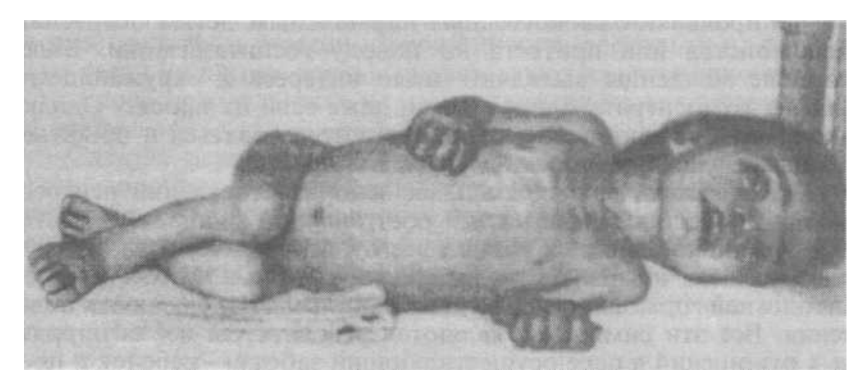


Рис. 11. Маразм у ребенка, лишенного материнского ухода; значительное нарушение после легкого инфекционного заболевания.

денца с этим расстройством является не обусловленная органикой неспособность к благополучию. У этих младенцев обычно бывают гипокинез, немота, апатия с нарушением спонтанной активности. Они выглядят печальными, несчастными, безрадостными или страдающими. Некоторые дети также выглядят испуганными и настороженными. Несмотря на это, у этих детей может быть задержка реакции на стимул, который у нормальных детей вызывает страх или замкнутость.

У большинства из этих детей значительно нарушено питание и вздут живот. Иногда наблюдается жидкий стул с дурным запахом. В необычайно тяжелых случаях может иметь место клиническая картина маразма (рис. 11). Масса тела младенца часто значительно ниже соответствующего возраста и прогрессивно снижается из-за фактической потери и в связи с невозможностью набирать массу тела по мере роста. Окружность головы обычно нормальная для своего возраста. Может быть отмечено нарушение мышечного тонуса. Кожа холоднее и бледнее, чем у нормальных детей. Лабораторные анализы обычно в пределах нормы, за исключением патологии, наблюдающейся при любом нарушении питания, дегидратации или сопутствующих заболеваниях. Кости обычно недоразвиты. Уровень гормона роста обычно нормальный или повышенный, что говорит о том, что нарушение роста у этих детей вторичное по отношению к нарушению питания и нехватке калорий. Эти дети быстро укрепляются физически и набирают массу тела после госпитализации.

В социальном плане у этих детей обычно бывает аспонтанность и выраженное снижение как инициативы для общения, так и/или реакции взаимодействия с лицом, осуществляющим заботу, и с исследователем. И мать и ребенок могут быть индифферентны к разлуке или прекращению посещений в больнице. Эти дети ча-

сто не проявляют свойственных нормальным детям огорчения, беспокойства или протеста по поводу госпитализации. Более старшие младенцы выявляют мало интереса к окружающему. Они не хотят играть с игрушками, даже если их просят. Однако они сразу или постепенно начинают интересоваться и общаться с лицами, ухаживающими за ними в больнице.

Классическая психосоциальная недоразвитость или психосоциально обусловленный малый рост является синдромом, который обычно проявляется раньше всего у детей 2—3-летнего возраста. Эти дети обычно очень маленького роста и часто страдают патологией гормона роста, а также тяжелыми нарушениями поведения. Все эти симптомы являются результатом неблагоприятных отношений в паре осуществляющий заботу — ребенок и проходят без соматического или психиатрического лечения, если детей забрать из дома и поместить в хорошие условия.

Имеются сведения о так называемом «бесчувственном характере», когда невозможно сформировать дружественную привязанность к 2—3 годам. При этом характере продолжительные взаимоотношения не образуются, и это сопровождается отсутствием чувства вины, неспособностью подчиняться правилам и формированием потребности во внимании и ласке. Некоторые из этих детей всегда выглядят дружелюбными. Это расстройство обычно необратимо.

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ

Согласно DSM-III-R, первазивные расстройства личности, умственная отсталость, тяжелая неврологическая патология и психосоциальное недоразвитие в первую очередь рассматриваются в дифференциальном диагнозе. Расстройства в виде аутизма у детей младше 5 лет проявляются в виде тяжелых нарушений социальных взаимосвязей, значительных нарушений коммуникации (как вербальной, так и с помощью жестов) и сильного ограничения деятельности и интересов. Эти расстройства обычно имеют место с самого рождения или становятся очевидными в умственном возрасте, в котором должно развиваться специфическое поведение. У 50% таких детей отмечается умеренная, тяжелая и глубокая умственная недостаточность, тогда как у большинства детей с нарушением реакции привязанности отмечается легкая задержка умственного развития или нормальный интеллект. Фактов, свидетельствующих о том, что аутизм обусловлен патологией родителей, нет, и большинство родителей аутичных детей не отличаются значимо от родителей нормальных детей. В отличие от детей с расстройством реакции привязанности, аутичные дети не выздоравливают быстро, если их забрать из дома и поместить в больницу или другое более благоприятное окружение.

У умственно отсталых детей могут обнаруживаться задержки

во всех областях социальной жизни. Их можно отличить от детей с расстройством реакции привязанности, поскольку их социальные связи (общительность) соответствуют их умственному возрасту и последовательность их развития такая же, как у нормальных людей.

Следует исключить наличие у ребенка сенсорного дефицита. Если подобное нарушение лежит в основе нарушения общения, надо обеспечить ребенка необходимой стимуляцией, чтобы облегчить общение. Это обычно благоприятно действует на нарушения, вторичные по отношению к сенсорному дефициту.

ПРОГНОЗ

Прогноз зависит от выраженности неправильного ухода за ребенком и длительности периода времени, проведенного в неправильном окружении. Если больной остается дома или возвращается домой после осмотра, следует учитывать фактор адекватности мер коррекции, предпринятых для изменения поведения лица, осуществляющего заботу. Прогноз варьирует между крайностями— от смерти до выздоровления. В целом, чем дольше ребенок остается в нездоровом окружении, тем хуже прогноз. Для тех детей, у которых множество нарушений объясняется неправильным уходом, выздороветь физически обычно сложнее, чем преодолеть эмоциональные нарушения и проблемы, связанные с воспитанием.

ЛЕЧЕНИЕ

Имеются некоторые основные принципы лечения. Часто прежде всего приходится решать вопрос о том, необходима ли госпитализация младенца или ребенка или же его можно лечить дома. Стратегия здесь обычно определяется тяжестью физических или эмоциональных нарушений, имеющихся у ребенка, или степенью нарушения ухода. Вопрос решается в пользу того, что необходимо для безопасности ребенка. Больной должен получить необходимую психологическую и, если надо, педиатрическую помощь. Одновременно надо разрушать патологические неудовлетворительные связи, существующие между заботящимся лицом и ребенком. Это обычно требует обширной и интенсивной долговременной психотерапии с матерью или, если есть, с обоими родителями.

Возможны следующие вмешательства: 1) служба психологической поддержки, включающая работу хозяев дома, улучшение условий быта и ухода за ребенком, повышение материального благосостояния семьи и уменьшение семейной изоляции; 2) психотерапия, в том числе индивидуальная психотерапия, лечение психотропными препаратами и семейная или супружеская терапия;

3) воспитательно-образовательная служба, включающая группы мать — младенец или мать — ребенок, начинающий ходить, разъяснение родителям потребностей ребенка и повышение навыков ухода за детьми; 4) обеспечение внимательного контроля за ходом улучшения эмоционального состояния и физического благополучия ребенка. Если работа оказывается безуспешной, неадекватной или отсутствует, следует рекомендовать помещение ребенка к родственникам, приемным родителям, в приют или специальные учреждения для лечения.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

Ainsworth M.D.S. The development of infant-mother attachment.— In: Review of Child Development Research, vol. 3/Eds. B. M. Caldwen, H. N. Ricciuhi, p. 1. University of Chicago Press, Chicago, 1973.
Bowlby J. Attachment and Loss, 3 vols. Basic Books, New York, 1969, 1973, 1980.
Campbell M., Green W. #., Caplon R., David R. Psychiatry and endocrinology in children: Early infantile autism and psychosocial dwarfism.— In: Handbook of Psychiatry and Endocrinology/Eds. P. J. Beumont, G. D. Burrows, p. 15. Elsevier, Amsterdam, 1982.
Ferholt J.B. A psychodynamic study of psychosomatic dwarfism.— J. Am. Acad. Child. Psychiat., 1985, 14, 49.
Green W. #., Campbell M., David R. Psychosocial dwarfism: A critical review of the evidence.—J. Am. Acad. Child. Psychiat., 1984, 23, 39.
Greenspan S.I. Psychopathology and Adaptation in Infancy and Early Childhood: Principles of Clinical Diagnosis and Preventive Intervention. International Universities Press, New York, 1981.
Klaus M.H., Kennell J.M. Parent-Infant Bonding, ed. 2. Mosby, St. Louis, 1982.
Rutter M. Maternal Deprivation Reassessed, ed. 2. Penguin Books, Middlesex, England, 1981.
Taylor P.M., editor Parent-Infant Relationships. Grune and Stratton, New York, 1980.

36.4. РАССТРОЙСТВО В ВИДЕ СТЕРЕОТИПИИ И ДУРНЫХ ПРИВЫЧЕК

Расстройство в виде стереотипии и дурных привычек является новым диагнозом, впервые появившимся в DSM-III-R; диагностические критерии приведены ниже:

А. Намеренные, повторяющиеся, не имеющие функциональ ного смысла действия, такие, как потирание или размахивание ру ками, раскачивание туловища, биение головой, пробование пред метов ртом, кусание ногтей, потирание носа или кожи.

Б. Нарушение либо причиняет физический вред ребенку, либо значительно нарушает нормальную деятельность, например, повреждение головы, когда ею бьются; невозможность заснуть из-за трясения туловищем.

В. Не отвечает критериям ни первазивного расстройства раз вития, ни расстройства в виде тиков.

Дурные привычки включают сосание большого или другого пальца, кусание ногтей, потирание носа или кожи. Имеется крите-

рий тяжести, а именно: расстройство должно обусловливать физические нарушения или выраженные нарушения деятельности; таким образом, легкое покусывание ногтей исключается из этой категории.

Стереотипии и дурные привычки не могут быть частью первазивного расстройства личности или расстройства в виде тиков, но ребенок может страдать умственной отсталостью. Из-за того, что стереотипии особенно преобладают у детей с умственной отсталостью и первазивным расстройством развития, и эти два диагноза часто совпадают (около 75% больных с первазивным расстройством развития являются умственно отсталыми), этот диагноз является отягощающим дополнением.

Действительно, по-видимому, важно и полезно в планировании лечения знать, что ребенок с первазивным расстройством развития одновременно страдает тяжелым расстройством в виде стереотипии или дурных привычек, так же как важно знать, что умственно отсталый субъект имеет такое сопутствующее расстройство.

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ

Диагноз представляет собой набор многих различных симптомов и различных подгрупп (например, биения головой, повторяющиеся движения рукой и кусание ногтей), которое надо изучать раздельно, чтобы получить данные относительно частоты, пола и семейных паттернов. Ясно, однако, что большинство из этих стереотипии и привычек более часто наблюдаются у умственно отсталых лиц мужского пола и у лиц, имеющих серьезные нарушения в сенсорной сфере, такие, как слепота или глухота.

Условие, что расстройство должно вызывать физическое повреждение или выраженное нарушение нормальной деятельности, может вносить некоторую путаницу. В одной детской больнице до 20% детей имели в анамнезе трясение туловищем, биение головой или переход из одного вида в другой. Решение о том, что может подтвердить диагноз, затруднено. Повреждения в некоторых случаях зависят больше от родительского ухода, окружающей обстановки (наличие мягких подстилок в квартире), чем от интенсивности стереотипии.

ЭТИОЛОГИЯ

Этиология этого расстройства в значительной степени неизвестна, но существует ряд теорий. Многие виды поведения связаны с нормальным развитием. Например, до 80% нормальных детей обнаруживают ритмическую деятельность, которая прекращается в возрасте 4 лет. Эти ритмические паттерны являются целесообразными, обеспечивая сенсомоторную стимуляцию

и ослабление торможения и вызывая удовлетворение и удовольствие у детей. Эти движения могут усиливаться во время фрустрации, утомления или напряжения.

Переход от того, что может быть вариантами нормального развития к стереотипиям и расстройствам привычек, по-видимому, отражает расстройство развития, так же как умственная отсталость (или первазивное расстройство развития) или психологический конфликт. Высказано также предположение, что такое поведение, как биение головой, может явиться результатом родительского пренебрежения или недостатком ласки и физической стимуляции.

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ

Могут иметь место нарушения в виде одного или более симптомов стереотипии и других привычек; таким образом, клиническая картина существенно различна. Наиболее часто наблюдается один симптом. Однако наличие нескольких тяжелых симптомов, как правило, отмечается при умственной отсталости или первазивных расстройствах развития. У этих субъектов часто бывают другие значимые психические расстройства, особенно расстройства поведения.

Согласно DSM-III-R, в экстремальных случаях после самотравмированных могут иметь место калечащие и угрожающие жизни повреждения, вторичные инфекции и септицемия.

Биение головой

Биение головой является примером расстройства в виде стереотипии. Обычно биение головой начинается в младенчестве, между 6 и 12 мес. Голова ударяется в определенной ритмической и монотонной последовательности о спинку кроватки или о другую твердую поверхность. Младенцы целиком поглощены этой активностью и она может продолжаться до полного изнеможения и засыпания. У многих детей биение головой быстро проходит, но в некоторых случаях оно может оставаться до среднего детского возраста.

Биение головой, которое является компонентом вспышек эмоционального раздражения, отличается от вышеописанного и обусловливает, если уже эти вспышки начались, регулирование «вторичной выгоды».

Кусание ногтей

Кусание ногтей является примером расстройства привычек; оно начинается в возрасте 1 года и усиливается по частоте до 12-летнего возраста. Кусают обычно все ногти. Большинство слу-

чаев не является настолько серьезными, чтобы отвечать диагностическим критериям DSM-III-R. Те случаи, которые отвечают, связаны с физическим повреждением самих пальцев в результате кусания надногтевой пластинки и/или вторичной инфекцией пальца и ногтевого ложа. Интенсивность кусания ногтей увеличивается, когда субъект тревожен или утомлен. В одних, самых тяжелых случаях больные с кусанием ногтей оказываются умственно отсталыми и иногда страдающими параноидной формой шизофрении. В других случаях, однако, отчетливых эмоциональных нарушений у субъектов, страдающих кусанием ногтей, нет.

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ

Согласно DSM-III-R, эти нарушения не могут обусловливаться более первазивным расстройством, таким, как расстройство в виде аутизма. Самый трудный дифференциальный диагноз — между умеренной, тяжелой и глубокой умственной отсталостью у лиц, имеющих также аутические нарушения. DSM-III-R также указывает, что этот диагноз не ставится, если нарушения возникают у больных, страдающих расстройством в виде тиков. Стереотипии и дурные привычки отличаются от тиков тем, что они состоят из произвольных движений и не являются спастическими. Более того, в отличие от детей с расстройством в виде тиков дети со стереотипиями и дурными привычками не огорчаются по поводу своих отклонений.

Стереотипии и дурные привычки могут диагностироваться одновременно с органическим психосиндромом, вызванным употреблением психоактивных веществ (например, амфетаминов), тяжелыми сенсорными нарушениями, заболеваниями ЦНС и дегенеративными расстройствами, тяжелыми формами шизофрении или обсессивно-компульсивным расстройством.

ЛЕЧЕНИЕ

Лечение должно быть направлено на специфические нарушения или лечение соответствующих симптомов, их причин и учитывать психический возраст субъектов. Здесь будут рассмотрены только общие, принципы.

Для тех младенцев, детей и умственно отсталых лиц, за которыми нет должного ухода и мало возможностей для физического развития и самостимуляции, рекомендуется изменение окружающей обстановки. В некоторых случаях улучшение ухода и усиление стимуляции оказывают хороший эффект. Такие меры, как покрытие твердых поверхностей мягкими тканями, предотвращает повреждение головы.

Поведенческие методы, включая подкрепление и формирование поведения, в некоторых случаях также эффективны. По вопро-

су лечения умственно отсталых имеется большая специализированная литература.

Психотерапия в основном используется у пожилых, психически здоровых лиц, у которых имеют место интрапсихический конфликт или интерперсональные нарушения.

И, наконец, в тех случаях, при которых имеются тяжелые физические повреждения, надо применять психофармакологическую терапию. Наиболее часто используются фенотиазины; однако врач должен знать все о возможных побочных эффектах, включая позднюю дискинезию и нарушения в когнитивной сфере.

НЕДИФФЕРЕНЦИРУЕМОЕ РАССТРОЙСТВО В ВИДЕ ДЕФИЦИТА ВНИМАНИЯ

DSM-III-R включает недифференцируемое расстройство в виде дефицита внимания в резидуальную категорию расстройств, в которых самой выраженной особенностью является устойчивая неадекватность развития и выраженное нарушение внимания, не являющиеся проявлением другого расстройства, такого, как умственная отсталость или расстройство в виде гиперактивности с дефицитом внимания, или результатом влияния дезорганизующей и хаотической окружающей обстановки. Отмечается, что сюда должны входить некоторые расстройства, иногда относимые DSM-III-R к категории дефицита внимания без гиперактивности. Далее DSM-III-R не развивает эти диагностические категории, так как для их изучения необходимы дальнейшие исследования. Для дополнительной информации см. Раздел 29.2. «Расстройство в виде гиперактивности с дефицитом внимания».

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

Cemy R. Thumb and finger sucking.— Aust. Dent. J., 1981, 26, 167.
DeLissovoy V. Head banging in early childhood.— Child Dev., 1962, 33, 43.
Evans J. Rocking at night.—J. Child Psychol. Psychiat. Allied Discipl., 1961, 2, 71.
Malone A. J., Massler M. Index of nailbiting in children.— J. Abnormal and Social Psychol., 1952, 47, 193.
Matthews L.H., Leibowtiz J.M., Matthews J.R., Tics, Habits and mannerisms.— In: Handbook of Clinical Child Psychiatry / Eds. C E. Walker, M. C. Roberts, p. 406. Wiley, New York, 1983.
Schroeder S.R., Schroeder C.S., Rojahn J., Mulick J.A. Selfinjurious behavior: And analysis of behavior management techniques.— In: Handbook of Behavior Modification with the Mentally Retarded, p. 61. Plenum. New York, 1981.
Silberstein R. M., Blackman S., Mandell W. Autoerotic head banging: A reflection on the opportunism of infants.— J. Am. Acad. Child. Psychiat., 1966, 5, 235. -
Werry J., Cortielle J., Fitzpatrick J. Rhythmic motor activities in children under five: Etiology and prevalence.—J. Am. Acad. Child. Psychiatry, 1983, 22, 329.

Глава 37

ДЕТСКАЯ ПСИХИАТРИЯ: ОБЛАСТИ ОСОБОГО ИНТЕРЕСА

37.1. РАССТРОЙСТВА НАСТРОЕНИЯ

ВВЕДЕНИЕ

Существенной Особенностью расстройств настроения, которые ранее назывались аффективными расстройствами, являются изменения настроения, обычно либо депрессия, либо повышение настроения, которые окрашивают всю психическую жизнь и не связаны с любым другим физическим или умственным расстройством.

Все разделяют мнение о том, что эти расстройства могут иметь место в детском и подростковом возрасте, и есть много данных о наличии тяжелой депрессии и дистимии в обеих возрастных группах. Мания и гипомания более часто наблюдаются у подростков, чем у детей.

Расстройства настроения у взрослых в деталях изложены в главе 10. Поэтому здесь будут рассмотрены только те, которые являются типичными для детей и подростков.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ И ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ

Тяжелый депрессивный приступ

Диагностические критерии DSM-III-R для детей и подростков отличаются от критериев для взрослых по двум из девяти симптомов, относящихся к депрессии, которые приводятся ниже:

1. Депрессивное настроение (или может быть раздражитель ность у детей и подростков) большую часть дня, почти каж дый день, как следует из субъективных самоотчетов или наблюде ний других.

2. Сильное понижение интереса или радости от всякой или почти всякой деятельности большую часть дня, почти каждый день (как следует из субъективных самоотчетов или наблюдения других, или апатии, наблюдающейся большую часть времени).

3. Значительное снижение массы тела или прибавления в массе тела без всякой диеты (например, более чем 5% массы тела в ме сяц), или повышение, или понижение аппетита почти каждый день (у детей рассматривается снижение прибавления массы тела).

4. Бессонница или гиперсомния почти каждый день.

5. Психомоторная ажитация или заторможенность почти каждый день (по наблюдению других, не просто субъективные ощущения или беспокойство по поводу снижения собственной активности).

6. Усталость или потеря энергии почти каждый день.

7. Чувство никчемности или чрезмерной неполноценности и собственной вины (которое может быть бредовым), испытываемое почти ежедневно (не просто самоупреки или чувство вины из-за своей болезни).

8. Снижение способности думать или сконцентрироваться или нерешительность почти каждый день (либо по субъективному отчету, либо по наблюдению других).

9. Повторяющиеся мысли о смерти (не просто страх смерти), повторяющиеся суицидальные намерения без специального плана, или суицидальная попытка, или суицидальный план для совершения суицида.

Симптом 1, депрессивное настроение, который должен наблюдаться почти каждый день, большинство дней за последние по меньшей мере 2 нед у взрослых, у детей и подростков может быть чаще выражен в виде раздражительности, чем в виде депрессивного настроения. Симптом 3, значимая потеря массы тела или неспособность набирать ее, и повышение или понижение аппетита почти каждый день может у детей находить отражение в невозможности набрать необходимую прибавку в массе тела.

Масса тела, которую большинство детей должны набрать в течение 2 нед, слишком незначительна, чтобы ее можно было точно измерить в большинстве ситуаций. Таким образом, в клинической практике это может быть диагностическим критерием в основном при депрессиях большей длительности.

Дистимия (депрессивный невроз)

DSM-III-R отмечает, что граница между дистимией и тяжелой депрессией неотчетлива, особенно у детей и подростков. Начало заболевания отмечается в детстве, подростковом возрасте или в ранней молодости. Имеется два существенных различия в диагностических критериях для дистимии у детей и подростков и для взрослых. У детей и подростков может иметь место раздражительное настроение вместо или наряду с депрессивностью, которое наблюдается у взрослых. Расстройство настроения у детей и подростков должно быть 1, а не 2 года. DSM-III-R также поясняет, что у детей и подростков надо отмечать раннее начало. Следует также отметить, что, если тяжелое депрессивное расстройство развивается на фоне еще продолжающейся дистимии, ставят оба диагноза.

Иногда у подростков бывают все критерии для диагностики

дистимии за исключением того, что у них приступ длится только от 2 нед до нескольких месяцев с бессимптомным промежутком, продолжающимся от 2 до 3 мес. Эти небольшие аффективные нарушения у детей являются признаками того, что в будущем у них появятся более тяжелые расстройства настроения. На современном уровне знаний считается, что чем более длительные, частые, повторяющиеся и, возможно, менее связанные с внешними стрессами приступы наблюдаются в настоящем, тем больше вероятность тяжелого расстройства настроения в будущем.

Важным исключением из этого являются случаи, когда приступы тяжелой депрессии наблюдаются менее чем через 3 мес вслед за событиями, вызывающими сильный стресс; они не являются признаками будущих аффективных расстройств, и так и надо их диагностировать как расстройство адаптации с депрессивным настроением или неосложненная реакция горя.

Маниакальный приступ

Диагностические критерии DSM-III-R для маниакальных приступов, маниакальных и гипоманиакальных синдромов у детей и подростков не отличаются от аналогичных критериев в норме. В препубертатном периоде у детей редко встречаются мания и гипомания.

Циклотимия

Единственным диагностическим критерием для циклотимии, отличающимся у детей и подростков от аналогичного критерия в норме, является продолжительность заболевания. Вместо периода 2-летнего чередования гипоманиакального и депрессивного настроения требуется только 1 год. Некоторые исследователи считают, что циклотимия является легкой формой биполярного расстройства и что у большинства подростков, страдающих циклотимией, в последующем разовьется биполярное расстройство.

Шизоаффективное расстройство

Критерии DSM-III-R для шизоаффективного расстройства у детей, подростков и взрослых одинаковые. Хотя некоторые подростки, возможно, отвечают критериям шизоаффективного расстройства, относительно природы этого заболевания известно очень мало, так же как о роли наследственности, психобиологии и лечения.

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ

Распространенность среди 10-летних детей, отвечающих объединенным критериям DSM-III для тяжелой депрессии и дистимии, которые слегка отличны от критериев DSM-III-R, составляет 1,7%.

Установлено, что на все детское население в общих больницах около 5% детей препубертатного возраста и 15% подростков имеют диагноз расстройств настроения различных типов.

ЭТИОЛОГИЯ

Имеются данные, указывающие на то, что расстройства настроения в основе своей являются единой группой независимо от возраста, в котором они начинаются. Важную роль играют как генетические, так и внешние факторы.

Генетические факторы

В большинстве случаев расстройства настроения у детей, подростков и взрослых больных развиваются в одних и тех же семьях. Чем большее число родственников первой и второй степени родства имеют это заболевание, тем больше вероятность его развития у потомков и младше возраст, в котором они начинаются. Если депрессия у одного из родителей, это почти удваивает риск для потомков, а если депрессия у обоих родителей, это в четыре раза увеличивает риск развития у ребенка расстройства настроения в возрасте моложе 18 лет по сравнению с риском у детей, имеющих здоровых родителей.

Некоторые факты указывают на то, что число рецидивов депрессии у родителей повышает вероятность заболевания у их детей, но это может быть связано, по меньшей мере частично, с «нагрузкой» на семейном древе. Точно так же, дети с наиболее тяжелыми приступами депрессии (эндогенный подтип) имеют больше признаков, свидетельствующих о повышенной плотности и семейном накоплении тяжелой депрессии, чем группы пробандов с неэндогенной депрессией.

Факторы окружающей среды

О роли негенетического фактора можно судить по тому факту, что однояйцовые близнецы имеют не 100% конкордантность по депрессии. На сегодня имеется мало данных, свидетельствующих о том, что семейный статус родителей, количество сиблингов, социоэкономическое положение или семейная структура могут играть какую-то роль в обусловливании депрессивных нарушений у детей. Имеются, однако, факты, что мальчики, отцы которых умерли до того времени, как им исполнилось 13 лет, более склонны заболеть депрессией, чем дети контрольной группы.

Психосоциальные нарушения, обнаруженные у депрессивных детей, уменьшаются после того, как депрессия ослабевает. Эти нарушения являются вторичными по отношению к самой депрессии и появляются при длительном течении заболевания у этой воз-

растной группы и приступов дистимии и депрессии, во время которых отмечается недоразвитие способностей к выполнению различных видов деятельности. В отношении детей дошкольного возраста, у которых описаны клинические расстройства, подобные депрессии, роль внешних факторов еще нуждается в дополнительном исследовании.

ПСИХОБИОЛОГИЯ

Исследования тяжелой депрессии в препубертатном периоде и подростковом возрасте связаны с психобиологическими аномалиями.

Показано, что у препубертатных детей во время приступа тяжелой депрессии гормоны роста выделяются в значительно большем количестве, чем у нормальных детей и у детей с эмоциональными расстройствами недепрессивного характера. У них также выделяется значительно меньшее количество гормона роста в ответ на вызванную инсулином гипогликемию, чем у последней группы. Оба изменения сохраняются и практически не меняются после по меньшей мере 4мес полностью выраженной клинической картины, причем за последний месяц—в условиях отсутствия лекарственной терапии.

Напротив, хотя в некоторых случаях у детей препубертатного возраста с тяжелым депрессивным приступом гиперсекреция кортизола имеет место, в большинстве случаев она остается нормальной во время депрессивного приступа.

Исследователи отмечают у некоторых детей, родители которых больны униполярной или биполярной депрессией, наследственные биохимические аномалии. Может иметь место гиперсенситивность рецепторов к нейротрансмиттеру ацетилхолину у детей с риском позднего развития тяжелого депрессивного расстройства. Тест на эту патологию показывает, что в клетках кожи, особенно фибробластах, растущих in vitro, обнаруживают повышенную плотность мускариновых холинергических рецепторов, которые, как показано, чувствительны к ацетилхолину. Этот тест, который надо распространить на дальнейшее исследование, важен, поскольку 25% детей с маниакально-депрессивными родителями в дальнейшем обнаруживают позднее либо биполярное, либо униполярное расстройство. Раннее исследование поможет выделить эту подгруппу и дать возможность врачам более легко отличить депрессию от злоупотребления какими-то препаратами и антисоциального поведения, которые часто маскируют депрессию и путают с ней. Кроме того, врачи не хотят назначать антидепрессанты детям и подросткам до тех пор, пока не будет очевидна необходимость их применения, а этот тест позволит определить ее.

Несмотря на частые субъективные жалобы, на плохой сон,

у препубертатных детей не обнаруживают полисомнографических нарушений во время депрессивного приступа. У подростков, как и у взрослых, латентность быстрых глазных движений (БГД) во время депрессивных приступов короче.

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ И ТЕЧЕНИЕ

Начало тяжелого депрессивного приступа у детей обычно постепенное, и ретроспективно его трудно установить. Когда первый приступ появляется во время подросткового периода, он бывает более очерченным и имеет острое начало. Обычно мания, гипомания и циклотимия начинаются во время пубертата, хотя начало депрессивного заболевания или дистимии у многих относится к более раннему возрасту.

Начало расстройств настроения у подростков трудно диагностировать при первом осмотре, если были сделаны попытки самолечения с помощью наркотиков и алкоголя. В недавно проведенном исследовании отмечается, что 17% подростков с расстройствами настроения впервые приходят к врачу, уже изведав наркотики. Правильная оценка психопатологии возможна только после дезинтоксикации, и тогда только удается поставить правильный диагноз аффективного расстройства.

DSM-III-R отмечает, что препубертатные дети с приступом тяжелой депрессии, соматическими жалобами, психомоторной ажитацией и галлюцинациями, созвучными настроению (обычно один голос, говорящий с ребенком), встречаются особенно часто. Отмечается также, что тревога, связанная с разлукой, чрезмерная тревожность и поведение избегания сосуществуют с приступом тяжелой депрессии.

У подростков классификация DSM-III-R отмечает негативистическое или открыто антисоциальное поведение и употребление алкоголя и наркотиков, что оправдывает дополнительный диагноз девиантного поведения, расстройства поведения или злоупотребления наркотиками и зависимости. Желание покинуть дом или чувство непонятости и отсутствие поддержки, беспокойство, хандра и агрессия также часто наблюдаются. Отмечаются угрюмость, отказ сотрудничать в семье и замкнутость в отношении социальных мероприятий, желание сидеть в своей комнате. Иногда выявляют невнимание к своему внешнему виду и повышенную эмоциональность с особой чувствительностью к отверганию любви.

Дети искренне рассказывают о своем поведении, эмоциях, взаимосвязях и трудностях в психосоциальном аспекте. Однако они могут обозначать дисфорию разными названиями. Таким образом, необходимо спрашивать их о чувстве печали, пустоты, подавленности, ощущении несчастья, желании плакать или наличии особого внутреннего чувства, которое мучает постоянно. Де-

прессивные дети обычно подтверждают одно или больше из чувств, выражаемых этим термином, которые соответствуют их постоянному настроению. Продолжительность и периодичность депрессивного настроения нужно тщательно оценивать для того, чтобы отличить относительно универсальные, кратковременные или иногда частые периоды печали, обычно после фрустрирующего события, от истинно депрессивного настроения. Чем младше ребенок, тем больше неточностей возможно в его оценке.

Расстройства настроения имеют большую склонность к хроническому течению, если они начинаются рано. Начало в детстве может означать самые тяжелые аффективные расстройства и бывает в семьях с высоким уровнем расстройств настроения и алкоголизма. У таких детей часто развиваются вторичные осложнения, такие, как расстройство поведения, алкоголизм, наркомания и антисоциальное поведение.

Функциональные нарушения, связанные с депрессивным синдромом в детстве, простираются практически на все области психосоциального мира ребенка; нарушаются и успеваемость в школе, и поведение, и отношения со сверстниками, и отношения в семье. Только дети с высоким интеллектом и ориентированные на учебу с депрессией не тяжелее умеренной могут компенсировать свои трудности в обучении, если проводят больше времени и тратят больше усилий на уроки. В других случаях успехи в школе всегда страдают из-за сочетания трудностей в сосредоточении внимания, замедлении мышления, отсутствии интересов и мотивации, усталости, сонливости, депрессивного настроения и поглощенности им. Депрессия у ребенка может ошибочно диагностироваться как неспособность к чтению. Проблемы в обучении, вторичные по отношению к депрессии, если даже они длятся долго, проходят сами собой быстро после выздоровления от депрессии. У детей и подростков с тяжелым депрессивным синдромом могут быть галлюцинации и бред. В большинстве случаев эти психотические симптомы по содержанию соответствуют депрессивному настроению, появляются во время депрессивного приступа (обычно на его высоте) и не включают такого типа галлюцинаций, как обращающиеся к больному голоса или комментирующие голоса, которые более специфичны для шизофрении. Эти случаи рассматриваются как психотическая депрессия, так как депрессивные галлюцинации обычно состоят из одного голоса, говорящего с субъектом извне по отношению к его голове, унижающего или суицидального содержания. Депрессивный бред центрируется на темах вины, физических болезней, смерти, нигилизма, заслуженного наказания, собственной неполноценности или иногда преследования. Этот бред редко бывает в препубертате, возможно, из-за когнитивной незрелости, но имеется у половины подростков, страдающих психотической депрессией.

В отношении психотической мании можно сказать почти то

же. Бред и галлюцинации могут включать величие в оценке собственной силы, значимости, знаний, семьи и связей, бред преследования или «скачку» мыслей с ростом нарушений в области тестирования реальности.

Суициды

Суициды и, более часто, суицидальные мысли и намерения у депрессивных детей и подростков бывают часто. Частота суицидов выше среди мальчиков и среди детей, чьи семьи недавно переселились или разрушились.

ПРОГНОЗ

Расстройства настроения у детей или подростков, как правило, повторяются и, если их не лечить, вызывают значительные кратковременные и долгосрочные трудности и осложнения: плохую успеваемость, нарушение или задержку психосоциального развития, сложное негативное подкрепление, суициды, злоупотребление алкоголем и наркотиками как средство самолечения и расстройства поведения. В последующем остается повышенный риск развития расстройств настроения.

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ

Психотические формы депрессии, мания и шизоаффективные расстройства нужно дифференцировать от шизофренического расстройства. Расстройства настроения органического характера иногда отличаются от расстройств настроения только после проведения дезинтоксикации. Тревожные симптомы и нарушения поведения могут сосуществовать с депрессией и часто обусловливают проблемы в дифференциальной диагностике этих случаев и нарушений эмоциональной сферы и поведения недепрессивного характера.

Особо важны различия между ажитированной депрессией или манией и расстройством в виде гиперактивности с дефицитом внимания, в котором могут иметь место упорная гиперактивность и беспокойство. Препубертатные дети не обнаруживают классических форм ажитированной депрессии, таких, как размахивание руками и расхаживание. Напротив, наиболее частыми проявлениями у них бывают неспособность сидеть тихо и частые вспышки гнева. Иногда правильный диагноз ставят только после того, как прекращают успешное лечение трициклическими антидепрессантами. Если в период времени без лечения ребенок может сосредоточить внимание и не обнаруживает гиперактивности перед выздоровлением от депрессивного приступа, вероятность наличия расстройства в виде гиперактивности очень мала.

ЛЕЧЕНИЕ

Госпитализация

Важное решение, которое надо принять немедленно, касается того, нужна ли госпитализация. Если больной суицидален, госпитализация нужна, чтобы обеспечить максимальную безопасность против импульсов саморазрушения, обнаруживаемых больным. Это решение очень важно, когда данное заболевание сочетается с наркоманией, зависимостью или привыканием.

Психотерапия

Детская психотерапия обычно бывает не очень успешной для лечения депрессивной симптоматологии или любого другого аспекта детской психопатологии во время тяжелого приступа.

Разумным решением было бы воздержание от психотерапии до тех пор, пока подросток выздоровеет после тяжелого депрессивного приступа. Наиболее серьезным показанием к индивидуальной или групповой терапии является отсутствие спонтанного постепенного восстановления взаимоотношений после их выздоровления от расстройства настроения. Иногда выздоровление ребенка обусловливает проблемы в семье, что указывает на роль болезни ребенка, заключающуюся в удовлетворении определенных потребностей, и на нарушение особенного психодинамического равновесия после его выздоровления. В этом случае необходимо применять семейную терапию.

Психофармакология

Недавно проведенные исследования показывают, что предпочтительным видом лечения являются антидепрессанты, такие как имипрамин. Применение этих лекарств требует тщательных базисных исследований, постепенного титрования лекарства и контроля за ЭКГ, давлением крови, побочными эффектами и, когда возможно, уровнем сыворотки. В связи с тем что токсичность имипрамина опасна в отношении сердечной аритмии, припадков, комы и смерти и токсический эффект может обнаруживаться уже при малых дозах, необходимо тщательно следить за состоянием. Клиническая реакция обычно коррелирует с уровнем препарата в плазме. Так как имипрамины еще не рекомендованы для лечения депрессии у детей и так как он потенциально обладает серьезными побочными эффектами и токсичностью, его надо использовать только после тщательного исследования и консультации терапевта.

Во всех случаях важно научить ребенка и лиц, заботящихся о нем, распознавать начало следующего приступа, так чтобы врач знал об этом сразу. В этом случае лечение будет начато вовремя.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

Adams P.L., Fras I. Reginning Child Psychiatry. Brunner/Mazel, New York, 1987.
CantwellD. P., Carlson G. A., editors Affective Disorders in Childhood and Adolescence: An Update. Spectrum Publications, New York, 1983.
French A., Berlin I., editors Depression in Children and Adolescents. Human Sciences Press, New York, 1997.
Golombek #., Garfinkel B. D., editors The Adolescent and Mood Disturbance. International Universities Press, New York, 1983.
Pfeffer C.R. The Suicidal Child. Guilford Press, New York, 1986.
Rutter M., hard C E., Read P. B., editors Depression in Young People. Guilford Press, New York, 1986.
Schulterbrand J.G., Raskin A., editors Depression in Childhood: Diagnosis, Treatment, and Conceptual Models, Raven Press, New York, 1977.
Thomas A., Chess S. Genesis and evolution of behavioral disorders: From infancy to early adult life —Am. J. psychiat., 1984, 141, 1.
Weissman M. M., Leckman J. F., Merikangas K. R. Depression and anxiety disorders in parents and children.— Arch. Gen. Psychiatry, 1984, 41, 845.

37.2. РАЗЛИЧНЫЕ ЗЛОУПОТРЕБЛЕНИЯ В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ

ВВЕДЕНИЕ

Различные злоупотребления по отношению к детям варьируют от лишения пищи, крова, одежды и родительской любви до случаев, в которых детям наносятся физические повреждения и над ними совершаются непозволительные действия, результатом которых может быть травма или даже смерть ребенка. Злоупотребления в этой сфере являются медико-социальным заболеванием, которое принимает эпидемические размеры и все более укореняется в населении. Оно расценивается некоторыми как являющееся в определенном смысле социальным насилием, которое постепенно внедряется в общество и отражено в статистике 0 преступлениях.

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ

Национальный Центр Злоупотребления и Пренебрежения по Отношению к Детям установил, что каждый год имеет место 1 млн случаев плохого обращения с детьми. Ежегодно в США от злоупотребления и пренебрежения их нуждами умирают от 2 до 4 тыс. детей. Каждый год 125 500 детей становятся жертвой се ксуального злоупотребления. Фактические цифры еще выше, так как часть детей не попадает в поле зрения исследователей. Из этих детей страдают физически 32% до 5-летнего возраста, 27% — от 5- до 9-летнего возраста, 27% от 10- до 14-летнего возраста и 14% — от 15- до 18-летнего возраста. Более 50% детей, подвер гающихся злоупотреблению или пренебрежению, являются недо ношенными или рожденными с низкой массой тела.

ЭТИОЛОГИЯ

Многие дети, подвергающиеся насилию, воспринимаются родителями как трудные, с задержкой развития или с умственной отсталостью, плохие, эгоистичные и неподчиняющиеся дисциплине. Дети с гиперактивностью наиболее часто подвергаются злонамерению, особенно если их родители лишены способности осуществить правильный уход за ребенком.

В избиении ребенка обычно бывает виновата женщина, а не мужчина. Один из родителей обычно бывает инициатором злоупотреблений, а другой пассивно мирится с ними. Исследования показали, что 80% родителей живут дома со своими детьми, которыми они злоупотребляют. Более 80% исследованных детей живут с родителями, состоящими в браке, и приблизительно 20% живут с одним из родителей. Средний возраст матерей, злоупотребляющих своими детьми,— 26 лет, средний возраст отцов — 30 лет.

В большинстве случаев злостное пренебрежение детьми имеет место в бедных семьях, и для этих семей, как правило, характерна социальная изоляция.

У родителей, пренебрегающих своими детьми, извращенный взгляд на своих детей, на то, что надо ребенку давать и что можно от него требовать. Другими словами, родитель обращается с ребенком так, как будто бы ребенок старше, чем родитель. Родитель часто обращается к ребенку за поддержкой, уходом, комфортом и защитой и ожидает в ответ любви; 90% этих родителей подвергались тяжелому злоупотреблению силой со стороны своих собственных матерей и отцов.

Сексуальные злоупотребления обычно совершаются мужчинами, хотя иногда женщины являются соучастницами, особенно в детской порнографии.

ДИАГНОЗ

У ребенка, подвергающегося злоупотреблениям, нет очевидных признаков избиений, но имеется много мелких физических проявлений эмоциональной депривации, а иногда и лишения питания, пренебрежения и злоупотребления. Такой ребенок, будучи помещенным в больницу, рассказывает о своем плохом самочувствии дома, недостаточном питании, плохой гигиене кожи, раздражительности, замкнутости или других признаках психологической или физической заброшенности. Детей, которыми злоупотребляют более тяжело, приходится помещать в палаты неотложной помощи: они имеют следы внешних повреждений тела, ушибы, ссадины, порезы, раны, ожоги, опухание мягких тканей и гематомы. Описаны случаи гипернатриевой дегидратации после ли-

шения детей воды некоторыми страдающими психозом матерями. На наличие травмы могут указывать неспособность двигать конечностями из-за вывихов и переломов, а также признаки органического поражения мозга, свидетельствующие об интракраниальном повреждении. Другие признаки нарушения, отмечающиеся у детей, которыми злоупотребляют, могут указывать на повреждение внутренних органов. Травма живота может вызвать повреждение желудка, кишечника, печени или поджелудочной железы с явлениями острого живота, который трудно объяснить. Другие повреждения, связанные со злоупотреблениями, могут проявляться в виде комы или припадка, а иногда даже наступает смерть в больнице или в приемной у врача.

СЕКСУАЛЬНЫЕ ЗЛОУПОТРЕБЛЕНИЯ ДЕТЬМИ

Сексуальное насилие и использование детей становятся все более широко распространяющимся видом злоупотребления детьми с психологическими, юридическими и медицинскими аспектами. Поступают сообщения о более чем 5000 случаев кровосмешений в год. Однако большинство случаев сексуальных преступлений, которые совершаются с детьми, остаются нераскрытыми из-за чувства вины, стыда, ненужности и толерантности у жертвы; этому также способствуют нежелание некоторых врачей раскрывать и сообщать о сексуальных злоупотреблениях, строгие требования суда относительно свидетелей и страх семьи перед подобным раскрытием.

Сексуальные преступления отмечаются в школах, дневных учреждениях и приютах, где взрослые, задача которых ухаживать за детьми, оказываются основными преступниками. Частота случаев сексуальных злоупотреблений и детской порнографии значительно выше, чем считали ранее.

Сексуальные злоупотребления детьми могут иметь место в младенчестве и подростковом возрасте. Приблизительно 50% злоупотреблений совершается членами семьи; причем кровосмешение является основной формой сексуального злоупотребления. Наиболее часто преступниками являются отцы, отчимы, дяди и более .старшие сиблинги. Кровосмешение мать — сын связано с более тяжелой психопатологией, чем кровосмешение отец — дочь. Часто при этом или мать в такой семье бывает пассивной, нездоровой, или ее вообще нет, или же она неполноценна в каком-либо другом отношении; дочь в этих случаях берет на себя роль матери; у отца — часто алкоголизм, и вся семья проживает в условиях перенаселения. Ниже приводятся некоторые данные по сексуальным злоупотреблениям: в 1985 г. в США отмечено 123 000 таких случаев; частота злоупотребления детьми мужского пола— 3—31%; частота злоупотребления детьми женского пола

6 — 62%; преступники: отец/отчим — 7—8%; дяди/старший сиблинг—16—42%; друзья — 32—60%; незнакомые люди—1%; виды сексуальной активности — половой акт (16—29%), оральный секс (3—11%); прикосновение к гениталиям (13—33%), возраст—пик имеет место между 9 и 12 годами, а 25% младше 8-летнего возраста; факторы высокого риска: ребенок живет с одним родителем, неполадки в семейной жизни, физическое насилие в анамнезе, повышение сексуального злоупотребления; мотивации у лица, совершающего злоупотребление,— педофильные влечения, отсутствие других сексуальных объектов, неспособность отказаться от получения удовольствия. Цифры при сложении могут дать более 100% из-за перекрывающихся исследований. Психологические и физические последствия сексуальных злоупотреблений могут быть разрушительными и длительными. Дети, которых взрослые принуждают к половым сношениям, испытывают тревогу и беспокойство, теряют веру в себя и перестают верить взрослым. Совращение, кровосмешение и изнасилование являются факторами, предрасполагающими к развитию в будущем таких нарушений, как фобии, тревога и депрессия. Такие дети настороженно ищут внешнюю агрессию, что определяется по их неспособности сдерживать собственные агрессивные импульсы по отношению к другим и справиться с враждебностью других, направленной на них.

ОТВЕТСТВЕННОСТЬ ВРАЧА

В случаях, когда подозревается злоупотребление детьми или пренебрежение их нуждами, врач должен: 1) поставить диагноз неправильного ухода за ребенком; 2) вмешаться и поместить ребенка в больницу; 3) провести исследование—истории, физического статуса, осмотр костей и рентген; 4) сообщить о случае в отделение социальной службы и защиты детей; 5) потребовать отчет работника социальной службы и консультацию хирурга и терапевта; 6) посоветоваться в течение 72 ч с членом комитета по борьбе со злоупотреблениями в отношении детей; 7) составить программу ухода за ребенком и работы с родителями и 8) организовать последующую работу социальной службы.

ЛЕЧЕНИЕ

Ребенок

В идеале в отношении ребенка надо действовать, основываясь на принципе установления: 1) факторов, свидетельствующих о наличии психопатологии у родителей; 2) общего прогноза в отноше-

нии способности родителей приобрести адекватные навыки по уходу за ребенком; 3) времени, нужного для серьезных изменений со стороны родителей; 4) факта, стал ли жертвой неадекватного родительского ухода только этот ребенок или же другие дети тоже; 5) протяженность, до которой простираются нарушения, связанные с неправильным уходом родителей, и, если они имеют место, являются ли они острыми или хроническими (т. е. продолжаются длительное время); 7) желание родителей принять участие в программе оздоровления ребенка; 8) наличие персонала и физических возможностей применить различные оздоровительные стратегии; 9) риск возможности переживания ребенком дополнительных вредностей, если он останется дома.

Родители

На основе полученной информации можно выбрать несколько способов, как улучшить уход родителей за ребенком: 1) ликвидировать или уменьшить внешние стрессы; 2) облегчить психологические удары социальных факторов по родителям; 3) снизить требования, предъявляемые к матери до того уровня, на котором она может их выполнять, поместив ребенка в дневной стационар или приют; 4) обеспечить эмоциональную поддержку, сочувствие, симпатию, стимуляцию, инструкции по уходу за ребенком и помощь в обучении планированию и способности удовлетворять требования ребенка (поддерживающая работа) и 5) снять или уменьшить внутренние психические конфликты родителей (психотерапия).

ПРОФИЛАКТИКА

В целом, профилактика злоупотреблений детьми направлена на: 1) предупреждение разрыва семьи и разлуки с ребенком, если возможно; 2) предупреждение помещения ребенка в детские учреждения; 3) повышение способности родителей в области самообслуживания; 4) поощрение приобретения родителями навыков по уходу за ребенком. Чтобы прекратить и предотвратить дальнейшее злоупотребление и пренебрежение, целесообразно забирать ребенка из семьи, где он нежелаемый и где выработанная программа не выполняется. В отношении сексуальных злоупотреблений необходимо разрешать работать в учреждениях по уходу за детьми лицам, прошедшим тщательную проверку, которым можно доверять. С целью раннего выявления необходимо проводить специальное обучение врачей и их помощников. Но прежде всего для предотвращения необходима поддержка семьи специальными службами.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

Finkelhor D. A Sourcebook on Child Sexual Abuse. Sage Publications, Beverly Hills, CA, 1986. *Fontana V. J.* The Maltreated Child: The Maltreatment Syndrome in Children, ed. 4. Thomas, Springfield, IL, 1979. *Fontana V.J.* The «maltreatment syndrome» in children.—-N. Engl. J. Med., 1963, 269, 1389. *Fontana V. J:* A multidisciplinary approach to the treatment of child abuse.— Pediatr., 1976, 57, 760.

Fontana V.J. Somewhere a Child is Crying. Macmillan, New York, 1973. *Green A.H.* Child Maltreatment. Jason Aronson, New York, 1980. *Green A. H.* Dimensions of psychological trauma in abused children.— J. Amer. Acad. Child. Psychiatr., 1983, 22, 231. *Kaplan S.J., Zitrin A.* Psychiatrists and child abuse.— J. Am. Acad. Child. Psychiatry, 1983, 22, 253. *Kempe C. H., Siherman F. N., Steele B. N.* et al. The battered child syndrome.—**JAMA,** 1962, 181, 17.

Глава 38

ПСИХИАТРИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

38.1. ИНДИВИДУАЛЬНАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ

ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

Выбор метода лечения для данного ребенка должен основываться на понимании врачом нарушений, имеющихся у ребенка, и индивидуальном подходе к ребенку и его семье. Но, несмотря на индивидуальный подход, такая оценка включает требование, чтобы наблюдения проводились в рамках последовательной структуры. Обычно такие систематизированные схемы зависят от теоретической точки зрения врача на развитие личности, однако эта точка зрения не должна противоречить клиническим наблюдениям или оказывать отрицательное воздействие на терапевтическое вмешательство. В настоящее время можно выделить четыре основные теоретические системы, лежащие в основе всей массы детской психотерапии: 1) психоаналитические теории эволюции и разрешения эмоциональных расстройств; 2) теории, включающие следующие аспекты — социальный, обучение и поведение; 3) семейно-ориентированные теории трансдействия, относящиеся к психопатологии и лечению, и 4) теории развития.

Классическая психоаналитическая теория

В рамках классической психоаналитической теории психотерапевтическая работа с больными всех возрастов проводится как попытка произвести переворот психопатологического процесса. Принципиальная разница, отмеченная по мере увеличения возраста,— заострение различий между психогенным и психодинамическим факторами. Чем младше ребенок, тем большая роль принадлежит генетическим и динамическим силам.

Развитие этих патологических процессов, как обычно думают, начинается с переживаний, которые особенно важны для больного, и действуют на него неблагоприятно. Хотя в определенном смысле переживания реальны, в другом смысле они могли быть неправильно интерпретированы или просто существовали лишь в воображении. В каждом событии для больного были травмирующие переживания, которые обусловили неосознанные ком-

плексы. Будучи неприемлемыми для осознанного восприятия, эти бессознательные элементы быстро избегали рациональных адаптивных и защитных механизмов. Конечный результат — проявление страданий, изменение характера или поведения, указывающие на эмоциональные нарушения.

Интересно, что психоаналитическая точка зрения об эмоциональных расстройствах у детей получила ориентацию, связанную с развитием. Другими словами, дезадаптивные защитные механизмы направлены против конфликтов между импульсами, которые характеризуют специфическую фазу развития и влияние окружающей среды, или интериоризированные репрезентации ребенка относительно внешней среды. В этих рамках расстройства, которые являются результатом взаимодействия факторов окружающей среды с критическими периодами созревания или конфликтами с окружающими, порожденными развитием. Результатом являются трудности в достижениях или решении задач развития и достижения специфических возможностей перехода на более поздние фазы развития, что может быть выражено по-разному, как показала Анна Фрейд, выявив линии развития, и Erikson в своей концепции последовательных психосоциальных достижений.

Психоаналитическая психотерапия является модифицированной формой психотерапии, направленной на исследование и попытку изменить эволюцию эмоционального нарушения путем пересмотра и десенситизации травматизирующих событий свободным выражением мыслей и чувств в ситуации игровой беседы. Врач помогает больному понять отражаемые чувства, страхи и желания, одолевающие его.

В то время как психоаналитический психотерапевтический подход достигнет улучшения выражением и разрешением скрытых конфликтов, подавляющая, поддерживающая и образовательная психотерапия работает противоположным образом. Ее цель — облегчить подавление. Врач, сосредоточиваясь на желании больного получить удовольствие, воодушевляет больного, способствуя выработке у больного новых адаптивных и защитных механизмов. В этом типе терапии врач пользуется минимальным количеством интерпретаций; он, напротив, подчеркивает важность внушений, убеждений, призывов, оперантного или классического обусловливания, советов, образования, направления, отреагирования, изменения влияния внешней среды, интеллектуальности, удовлетворения текущих нужд больного и подобных методов.

Теории обучения — поведения

Все виды поведения, независимо от того, является ли оно адаптивным или дезадаптивным, результат одних и тех же основных принципов поведения — приобретения навыков и их поддержива-

ния. Оно либо выученное, либо невыученное, и то, что делает поведение патологическим или нарушенным,— это его социальная значимость. Хотя теории и производные от них подходы к терапии становятся с годами все более сложными, все еще возможно категоризовать все виды научения, в рамках двух глобальных базисных механизмов. Один — классический условный рефлекс, сходный со знаменитыми экспериментами Павлова, а второй — оперантное инструментальное обучение, которое связывают со Skinner, несмотря на то, что оно сродни закону Торндайка об эффекте, обусловленном влиянием подкрепляющих результатов поведения, и принципу боль — удовольствие, описанному Фрейдом. Оба этих базисных механизма признают наивысший приоритет за непосредственными катализаторами поведения, расценивая как второстепенные отдаленные во времени факторы, оказывающие причинное влияние, которые играют важную роль для психоаналитических трактовок. Теория исходит из очень простого положения, что имеется только два типа патологического поведения. С одной стороны, имеет место поведенческий дефицит, который является причиной неспособности к обучению, и, с другой стороны, имеется девиантное дезадаптивное поведение, которое является результатом обучения неправильным вещам.

Такие концепции всегда являются имплицитной частью логических обоснований, лежащих в основе всей детской психотерапии. Стратегии вмешательства во многом обусловливают успех, особенно у детей, у которых поощряется ранее незамеченное хорошее поведение, на что обращается внимание, стимулируя в дальнейшем повторение этого поведения.

Теория семейных систем

Хотя семьи издавна привлекают внимание психотерапевтов, понимание переноса семейных процессов значительно усилилось концептуальным вкладом кибернетики, теории систем, теорий коммуникации, теории объектных отношений, теории социальных ролей, этологии и экологии.

Базисные положения гласят, что семья есть саморегулирующаяся открытая система, обладающая собственной уникальной историей и структурой. Ее структура постоянно развивается как результат динамического взаимодействия между взаимозависящими подсистемами семьи и субъектами, которые имеют общие потребности. От этого концептуального основания образовалась масса идей, известных под такими рубриками, как семейное развитие, жизненный цикл, гомеостаз, функционирование, сущность, ценности, цели, конгруэнтность, симметрия, мифы, правила, роли (рассказчик; носитель нарушений; «козел отпущения»; показатель аффекта — «барометр»; любимчик, преследователь; жертва; судья; отвлекающий; саботажник; спаситель; кормилец; педант; во-

спитатель), структура (границы, расщепление, пары, союзы, коалиции, ловушки, помолвки), двойная связь, выделение «козла отпущения», псевдовзаимность, мистификация. Все больше фактов указывают на то, что понимание системы семьи иногда помогает объяснить, почему иногда мгновенное прикосновение к терапевтическому входу на уровне критического сочленения может вызвать далеко идущие изменения, тогда как в других ситуациях значительные терапевтические усилия увенчиваются лишь минимальными изменениями.

Теории развития

В основе детской психотерапии лежит положение о том, что при отсутствии необычных вмешательств дети взрослеют в основном предсказуемым, обычным путем, которое кодируется рядом взаимосвязанных психосоциобиологических последовательных систематизации. Центральная и преобладающая роль критерия развития в детской терапии отличает ее от взрослой психотерапии. Ориентация врача должна выделить нечто большее, чем знание о поведении, которое соответствует возрасту и о котором судят по таким исследованиям, как описание Gesell морфологии поведения. Она должна включать больше, чем психосексуальное развитие с эго-психологическими и социокультурными поправками, примерами которых является эпигенетическая схема Erikson. Она простирается дальше, чем положение Пиаже о последовательности интеллектуальной эволюции, являющейся основой для ознакомления с уровнем абстракции, на котором можно ожидать действий от детей разных возрастов и который может лежать в основе оценки их способности к моральной ориентации.

ТИПЫ ПСИХОТЕРАПИИ

Среди общих принципов классификации детской терапии имеет место и выделение элемента, который может оказаться полезным для юного пациента.

Выделение единого терапевтического элемента как основы для классификации, кажется чем-то искусственным, так как большинство, если не все факторы, в разной степени присутствуют в каждом психотерапевтическом мероприятии. Например, нет психотерапии, в которой связь между врачом и больным не является витальным фактором; тем не менее, детские психотерапевты обычно говорят о связи терапии с описанной формой лечения, в которой позитивная дружеская полезная связь рассматривается как самый важный, если не единственный терапевтический ингредиент. Возможно, одним из лучших примеров таких взаимоотношений является тот, где терапия осуществляется вне стен больницы, в рамках Организации «Большие братья».

Лечебная, воспитательная и структурированная психотерапия пытается учить новому отношению и паттернам поведения детей, которые упорно пользуются незрелыми и неэффективными паттернами, что часто относят за счет неравномерного созревания.

Поддерживающая психотерапия особенно полезна тем, что дает возможность детям справиться с эмоциональными страданиями, вызванными кризисом. Она также используется для детей, которые имеют большие нарушения и чье малоадекватное функционирование эго серьезно повреждено экспрессивно-исследовательским типом психотерапии или другими формами терапевтического вмешательства. В начале психотерапии часто, независимо от возраста больного и природы терапевтических вмешательств, принципиальными терапевтическими элементами, воспринимаемыми больным, являются поддерживающие элементы, и это вызывает надежную и сенситивную ответную реакцию. Действительно, некоторые виды терапии никогда не простираются дальше поддерживающего уровня, тогда как другие типы терапии являются экспрессивно-исследовательскими или представляют собой поведенческую модификацию на вершине поддерживающей, в своей основе, терапии.

Освобожденная терапия, описанная David Levy, облегчает отреагирование запретных эмоций. Хотя отреагирование является аспектом многих терапевтических мероприятий, в освобождающей терапии ситуация лечения структурирована так, чтобы облегчить только этот фактор. Она прежде всего показана детям дошкольного возраста, страдающим нарушениями от эмоциональных реакций до полной изоляции.

Детей дошкольного возраста иногда лечат через родителей; процесс называется филиальной терапией. Врач, который использует эту стратегию, должен понимать возможность того, что явно успешная филиальная (сыновняя, дочерняя) терапия может маскировать важный диагноз. Первый случай филиальной терапии был описан Фрейдом в 1905 г. Он сообщал о маленьком Гансе 5 лет, который страдал фобиями и которого лечили через его отца под наблюдением Фрейда.

Психотерапия у детей часто бывает ориентирована психоаналитически, что означает попытки через самопонимание обеспечить ребенку возможность развивать свой потенциал будущего. Это развитие осуществляется высвобождением для более конструктивного использования психической энергии, которая, как предполагается, затрачивается на борьбу против воображаемой опасности. Ребенок обычно не осознает этих нереальных опасностей, своего страха перед ними и психологической защиты, которую он применяет, чтобы избежать как опасности, так и страха. Осознав, что это вызывает облегчение, больной может оценить значимость своих защитных маневров и отказаться от бесполез-

ных, которыми и являются симптомы его эмоциональных нарушений.

Форму психоаналитической терапии следует отличать от детского психоанализа, более интенсивного и менее типичного лечения, в котором бессознательные элементы интерпретируются систематически извне внутрь, в результате чего формируется следующая последовательность: аффект — защита — импульс. При этих обстоятельствах врач предвидит бессознательное сопротивление и поощряет явления переноса, который развивается в невроз переноса, через который неврологические конфликты и разрешаются.

Хотя на интерпретации динамически релевантных конфликтов в психоаналитических описаниях делается ударение, это не говорит об отсутствии элементов, которые используются в других видах психотерапии. Действительно, во всех видах психотерапии ребенок должен получить поддержку от постоянного понимания и приемлемых отношений с врачом; в то же время неизбежно присутствуют элементы руководства воспитанием, выражаемые в разной степени.

Взаимосвязи поведения и психодинамической терапии

Наиболее яркие примеры интеграции психодинамического и поведенческого подходов, даже несмотря на то, что они не всегда имплицитно концептуализированы как таковые, возможно, могут быть обнаружены всегда во внешней терапии ребенка, помещенного в психиатрическую больницу или дневной стационар. Изменения в поведении начинаются в больнице, и их отзвук отмечается одновременно в курсах индивидуальной психотерапии, так что действие, происходящее на одной арене, и информация, почерпнутая из него, усиливают и освещают то, что происходит на другой арене.

Другие типы психотерапии. Когнитивная терапия используется у детей, подростков и взрослых. Этот подход пытается корректировать когнитивные нарушения, особенно негативные концепции о себе, и используется в основном при депрессии.

РАЗЛИЧИЯ МЕЖДУ ДЕТЬМИ И ВЗРОСЛЫМИ

Логически можно предполагать, что психотерапия у детей, которые в целом более гибкие, чем взрослые, и имеют более простую защиту и другие умственные механизмы, должна занимать меньше времени, чем аналогичная терапия у взрослых. На опыте это не всегда подтверждается из-за отсутствия у детей некоторых необходимых для успешного лечения элементов.

Ребенок, например, обычно не ищет помощи. В результате одной из первых задач врача является стимуляция мотивации ребен-

ка к лечению. У детей терапия обычно начинается непроизвольно, часто без настоящей поддержки со стороны родителей. Хотя родители хотят, чтобы детям помогли и чтобы дети выздоровели, желание часто проходит через фрустрацию, вызывающую злобу по отношению к ребенку. Обычно злоба сопровождается относительной нечувствительностью к тому, что врач считает нуждами ребенка, и союзу с врачом с целью лечения ребенка. Таким образом, если взрослый больной часто сознает преимущества своего выздоровления, ребенок может рассматривать изменения, наступающие под влиянием лечения, как просто подтверждение трудностей окружающей действительности, что увеличивает риск восприятия врача как карательного агента родителей. Это самая неподходящая почва для терапевтического альянса.

Дети экстернализируют внутренние конфликты в поиске аллопластической адаптации и находят трудной проблему их разрешения, которую просто решить только путем разрушения враждебного окружения. Пассивный мальчик-мазохист, являющийся постоянной мишенью для насмешек со стороны своих школьных товарищей, не понимает, что ситуацию можно изменить, изменив манеру, с помощью которой он справляется со своими агрессивными импульсами; ему кажется более надежным, если кто-то будет удерживать других мальчишек от нанесения ему обид, причем эту точку зрения иногда подкрепляют взрослые из его окружения.

Дети обычно меняют свои ощущения в новой ситуации, что облегчает возможность раннего появления спонтанных и глобальных реакций переноса, а это иногда вызывает нарушения. Напротив, желание детей испытывать новые ощущения в сочетании с естественной плавностью их развития помогает ограничить интенсивность и терапевтическую полезность последующего развития переноса.

У детей ограничена способность самонаблюдения с примечательным исключением некоторых детей с обсессиями, которые по этой способности приближаются к взрослым. Эти обсессивные дети, однако, обычно обнаруживают только витальные эмоциональные компоненты. В исследовательской интерпретативной психотерапии развитие способности к расщеплению эго—т.е. одновременное эмоциональное реагирование и самонаблюдение — оказывается наиболее полезным. Только путем идентификации со взрослым, который вызывает у ребенка доверие, дети способны приблизиться к такому идеалу. Пол врача и манеры поведения могут оказаться важными элементами в развитии доверительных отношений с ребенком.

Детскому психиатру могут встретиться регрессивные поведенческие и коммуникативные проявления. Эти дети обычно страдают торможением моторной активности, и даже, когда они не требуют специального контроля, им бывает необходима определен-

ная степень физической энергии, что не нужно взрослому. Возрастными примитивными механизмами этого являются отрицание, проекция и изоляция, препятствующие процессам нормального развития, основанным на способностях больного к синтезу и интеграции, незрелым у таких детей. Кроме того, давление со стороны окружения на врача обычно больше, когда он работает с детьми, чем со взрослыми.

Хотя при сопоставлении особенностей терапии у детей и взрослых дети проигрывают, у них есть и преимущества в виде активных сил, способствующих созреванию и развитию. История психотерапии детей направлена на заострение этих положительных качеств и преодолению слабостей.

Признание важности игры в этом процессе представляет собой большой шаг вперед.

КОМНАТА ДЛЯ ИГР

Структура, дизайн и меблировка комнаты для игр имеют важное значение для психотерапии. Некоторые исследователи считают, что игрушек надо немного, они должны быть простыми и тщательно подобранными, чтобы облегчить импровизацию. Другие считают, что надо иметь в распоряжении целый набор игрушек, чтобы увеличить диапазон ощущений, который ребенок может выразить. Эти противоречивые рекомендации относятся за счет различий в терапевтических подходах. Некоторые врачи пытаются избегать интерпретации даже осознаваемых мыслей, тогда как некоторые рекомендуют интерпретировать содержание бессознательного непосредственно и быстро. Врачи отдают предпочтение той или иной обстановке в соответствии с имеющимися у них опытом и пытаются аргументировать свой выбор.

Хотя специальное оборудование — куклы одного и другого пола, разбирающиеся куклы, с помощью которых можно видеть все анатомическое устройство (кроме половых органов), используются при терапии, многие врачи замечают, что необычная природа подобных тем вызывает риск того, что ребенок становится подозрительным относительно имеющихся у врача мотивов. Если у ребенка нет дома куклы с половыми органами, лучше пока не включать их в обстановку игровой комнаты.

Хотя к обстановке надо подходить индивидуально, следующие предметы должны быть в хорошо оборудованной игровой комнате: семьи кукол, символизирующих разные поколения, гибкие, но крепкие куклы, относящиеся к различным расам; «добавочные» куклы для специальных ролей и чувств, такие как полицейский, врач, солдат; мебель для кукольного дома; игрушки — животные, маленькие куколки; бумага; цветные мелки, краски и ножницы с тупыми концами, клей или что-нибудь подобное, инструменты вроде резиновых молотков, резиновых ножей и ружей; строительные блоки, машины, тележки и самолеты, а также приборы для еды. Эти игрушки должны позволить детям общаться в процессе игры. Разумно избегать механических игрушек, так как они легко ломаются, что вызывает у детей чувство вины и беспорядок.

У каждого ребенка должен быть свой ящик или коробка, в которые собирают игрушки, приносимые ими на сеанс терапии, или складывают для будущих просмотров рисунки. Конечно, имеются пределы, поэтому в этих личных запасах не должны припрятываться игрушки, предназначенные для всех. Одни врачи считают, что подобные вещи позволяют выявить ревность других детей, но другие врачи признают рациональным, чтобы ребенок имел личные вещи, тем более, что есть другие способы, позволяющие наблюдать проявления этого чувства.

НАЧАЛЬНЫЙ ПОДХОД

Из индивидуального стиля врача и восприятия ребенка может быть выделен целый ряд подходов. Диапазон потребностей простирается от тех, где врач пытается направить содержание мыслей ребенка и активность как в освобождающей терапии, некоторых видах поведенческой терапии и воспитательных подходах, так и в тех методах, в которых врач пытается следовать за ребенком. Даже если ребенок сам называет свои главные переживания, врач на свое усмотрение может структурировать ситуацию. Определенная структура устанавливается по мере того как ребенок, по совету врача, делает, что он хочет, и свободно играет, как в пробной психотерапии.

Врач создает атмосферу, в которой, как он надеется, сможет узнать все о ребенке — положительные и отрицательные черты, так как ребенок об этом расскажет. Врач должен сообщить ребенку, что он не собирается на него сердиться или хвалить его в ответ на то, что ребенок скажет или сделает, но попытается понять его. Такое заверение не означает, что у врача нет эмоций, но это убедит юного пациента, что личные чувства и отношения врача будут подчинены его собственным интересам.

ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА

Терапевтические вмешательства у детей во многом совпадают с таковыми у взрослых. Если весь психотерапевтический комплекс средств используется как основа для классификационного континуума, по меньшей мере активный конец представляют собой вопросы, задаваемые врачом и направленные на выяснение позиции и поведения больного. Близко к этому находится процесс выяснения имеющихся у больного нарушений с помощью вопросов, суммирования и реорганизации, которые могут организовать наблюдающиеся у ребенка проявления в логическую, временную последовательность, чем так часто пренебрегают дети. Это, кроме того, может явиться первым шагом по направлению к специфической цели терапии, суммируя все имеющиеся нарушения, что позволяет пролить свет на мотивационные возможности, установочное поведение или на другие факторы, которые могут явиться указанием к применению определенного типа терапии. Следующими на континууме являются восклицания и конфронтации, которые направляют внимание врача на определенные события, важные для больного. После интерпретации врач может с воспитательной целью дать больному новую информацию, так как больному ранее она не была доступна. На наиболее активном конце континуума располагаются советы, консультации и направления, предназначенные для того, чтобы помочь больному понять курс действий или выработать у него сознательное отношение.

Для воспитания и поддержания терапевтического союза могут потребоваться некоторые специальные знания, которые даются ребенку в курсе терапии. Другие виды образования могут включать название «ярлыков», которыми обозначаются чувства, ранее незнакомые больному. В терапии редко приходится сталкиваться с действительно серьезными пробелами в знаниях, связанных с внешней обстановкой и играми, используемыми при терепии. Обычно дети получают терапию не потому, что не делается попыток дать им эти знания и навыки, а потому, что повторные попытки не увенчиваются успехом. Поэтому в терапию, как правило, не приходится включать дополнительное обучение, несмотря на частые искушения сделать это.

Естественное желание взрослых обучать детей как можно более интенсивно, часто сопровождается парадоксальной тенденцией защитить их от приобретения знаний об окружающей действительности. В прошлом это находило выражение в «шоковой» роли, которую якобы могли сыграть знания ребенком правды о деторождении; отсюда рождались сказки на эту тему, и это знание об естественном явлении считалось запретным для детей. Сейчас родители более откровенны с детьми, и иногда врачу приходится защищать детей от избытка знаний, которые могут так же вредить ребенку, как прежние сказки и мифы. Искушение предложить себя в качестве модели для отождествления также может быть полезным для образования детей. Хотя здесь может быть частично адекватная терапевтическая стратегия, врач не должен спускать глаз с ловушек, которые могут быть в этой безобидной стратегии.

РОДИТЕЛИ

Психотерапия у детей сопровождается необходимостью работы с родителями. Это не обязательно означает, что у них всегда имеется чувство вины за эмоциональные нарушения, развившиеся у ребенка, но отражает реальность, в которой имеет место зависимость ребенка. Этот факт не следует слишком подчеркивать из-за того, что называется «профессиональной опасностью», которую признают многие врачи, работающие с детьми. Эта опасность заключается в мотивации к спасению ребенка от негативного влияния родителей, иногда связанной с бессознательным соперничеством и жалением быть лучшим родителем для ребенка, чем настоящие родители.

Имеются разные уровни вмешательства по отношению к родителям в детской психотерапии. Для детей дошкольного возраста все психотерапевтические усилия могут быть направлены на родителей, без непосредственного лечения самого ребенка. На другом полюсе можно проводить психотерапию детям без всякой работы с родителями, кроме того, что они платят по счетам и привозят детей туда, где проводится лечение. Большинство

врачей придерживаются единого мнения о том, что только изредка дети, страдающие неврозом, которые достигли фазы развития эдипового комплекса, могут обойтись в процессе лечения без поддержки родителей. Даже в этих случаях, однако, большинство врачей считают необходимым поддерживать союз с родителями и обмениваться информацией о ребенке.

Большинство случаев включает лечение детей в специальных больницах, т.е. отношение родителей сосредоточивается на ребенке или на взаимоотношениях родитель — ребенок, или на лечении родителей одновременно с терапией, проводимой ребенку. Родителей может наблюдать тот же врач, который лечит ребенка. За последние годы предпринимаются попытки изменить отношение, где первичным является положение о том, что главный пациент— ребенок, приняв положение, что ребенок является посланником семьи в клинику. В такой семейной терапии все или избранные члены семьи лечатся одновременно в семейной группе. Хотя неизбежно предпочтение, оказываемое определенными клиниками или врачами либо индивидуальной, либо семейной терапии, окончательное решение о характере терапевтической стратегии (комбинированная стратегия) принимается после тщательного клинического анализа.

КОНФИДЕНЦИАЛЬНОСТЬ

Вопрос о включении родителей является вопросом о конфиденциальности врача, проводящего психотерапию. Создание атмосферы, в которой ребенок чувствует, что врач относится к нему одновременно и серьезно, и с исследовательским интересом, имеет большие преимущества. Другими словами, общение с ребенком не связывает его какими-то обязательствами; тем не менее, они слишком важны, чтобы их можно было употребить для третьих лиц без разрешения больного. Хотя такое отношение может быть само собой разумеющимся, бывают случаи, в которых разумно недвусмысленно обсудить конфиденциальный вопрос с ребенком. Обещать ребенку, что врач ничего не скажет родителям о том, что происходит в курсе лечения, может быть рискованным. Хотя врач не имеет намерения открывать эту информацию родителям, то, что обычно большинство детей высказывает врачу, известно родителям. Поэтому, если так сказать ребенку, легко создать ситуацию, которой ребенок сможет манипулировать, чтобы создать видимость, что врач якобы предал его конфиденциальность. Соответственно, если конфиденциальность требует специального обсуждения в курсе лечения, врач может не захотеть пойти дальше, чем сказать ребенку, что он не собирается ничего говорить родителям о том, что происходит в курсе терапии, поскольку его задача состоит в том, чтобы понять ребенка и помочь ему.

Важно также попытаться заручиться сотрудничеством родителей в области молчания о том, что ребенок будет говорить в личной беседе с врачом. Это иногда не очень приветствуется родителями, поскольку родителям, вполне естественно, не только интересно, о чем там говорят, но они еще и боятся привилегированного положения врача в этой ситуации. Обычно, когда врач сообщает ребенку о сути его переговоров с третьими лицами, ребенок акцентирует надежность врача и его уважение к независимости ребенка. При некоторых видах терапии это сообщение может сочетаться с расспросами ребенка относительно его мнения, что же происходит на переговорах с родителями. Кроме того, может оказаться полезным приглашать детей, особенно старшего возраста, участвовать в дискуссии с третьими лицами.

ПОКАЗАНИЯ И ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ К ПСИХОТЕРАПИИ

Имеющийся уровень знаний не позволяет составить значимый список показаний к детской психотерапии. Существующая диагностическая классификация не может служить основой для такого списка из-за неизбежного дефицита нозологической специфичности и ясности. В целом, психотерапия показана, когда у детей имеют место эмоциональные нарушения, достаточно устойчивые для того, чтобы препятствовать нормальному созреванию и развитию. Психотерапия может быть показана, когда развитие ребенка не страдает, но его реакция на окружающую обстановку является патологической. Обычно с такими дисгармониями ребенок пытается справиться с помощью родителей, но если это не удается, можно назначить психотерапию.

Психотерапия должна применяться только в тех случаях, когда имеются позитивные указания на ее потенциальную полезность. Если психотерапия, несмотря на противопоказание, все же рекомендуется после осмотра ребенка психиатром, этот факт свидетельствует не только о непрофессионализме психиатра и плохом ведении больных, но и о том, что в данном случае пользы от психотерапии не будет. Психотерапия противопоказана, если эмоциональное расстройство не поддается лечению и резистентно к нему. Это очень трудное решение, но признание такого факта играет существенную роль, если принять во внимание высокие требования, предъявляемые к проведению психотерапии. Из-за возможности ошибок в таких прогнозах врач должен с профессиональной скромностью отнестись к решению этого вопроса и быть готовым оказать помощь. Иногда большую роль в резистентности к терапии играет сам врач. У некоторых больных бывает реакция на врача, которая является противопоказанием к психотерапии с данным врачом, но не с другим врачом.

Другим противопоказанием является угроза, что терапевтический процесс будет мешать восстановительным процессам. Трудный вопрос касается предположения, что силы, мобилизованные в результате психотерапии, могут иметь тяжелые социальные или соматические последствия. Примером является случай, когда психотерапия может разрушить непрочное семейное равновесие, обусловив еще большие трудности, чем были до нее.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

Adams P.L. Primer of Child Psychotherapy. Little, Brown, Boston, 1982.
Berline I. N. Some transference and countertransference issues in the playroom.— Am. Acad. Child. Adol. Psychiatry, 1987, 26, 101. *Dulcan M. K.* Brief psychotherapy with children and their families: The state of the art.—
J. Am. Acad. Child. Adol. Psychiatry, 1984, 25, 544. *Glenn J.,* editor Child Analysis and Therapy. Jason Aronson, New York, 1978.

Looney J. G. Treatment planning in child psychiatry.—J. Am. Acad. Child. Psychiatry, 1984, 23, 529. *McDermott J. F., Harrison S. /.*, editors Psychiatric Treatment of the Child. Jason Aronson, New York, 1977. *Omstein A.* Making contact with the inner world of the child.— Compreh. Psychiatry, 1976, 17, 3. *Rutter M.* Psychological therapies in child psychiatry: Issues and prospects.— Psychol. Med., 1982, 12, 723. *Shapiro T., Esman A. H.* Psychotherapy with children and adolescents.— Psychiat. Clin. No. Am., 1985, 8, 909.

38.2 ГРУППОВАЯ ТЕРАПИЯ У ДЕТЕЙ

ВВЕДЕНИЕ

Главным фактором, стимулирующим рост групповой терапии у детей, являются особенности стадий развития.

ГРУППЫ ДОШКОЛЬНОГО И МЛАДШЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА

Работа с группой дошкольного возраста обычно структурируется врачом с помощью применения определенных методов, таких, как работа с куколками или рисование, или же она покоится на все позволяющей атмосфере игры. При терапии с помощью кукол дети проецируют на кукол свои фантазии другим образом, чем при обыкновенной игре. Основное значение лежит в предоставлении возможности ребенку обнаружить чувства поступками, особенно если ему трудно выразить свои чувства словами. Здесь группа помогает ребенку не столько путем взаимодействия с другими членами, сколько путем взаимодействия с куклами.

В игровой группе акцент делается на качестве взаимодействия детей друг с другом и с врачом, который находится в комнате для игр. Врач должен быть лицом, которое может позволить детям фантазировать вербально и в процессе игры, но может также активно воспротивиться, если дети начинают чрезмерно возбуждаться. Игрушки традиционны и используются в индивидуальной игровой терапии. Дети используют эти игрушки, чтобы отрегулировать свои агрессивные импульсы и возвратиться в нормальную жизнь с членами группы и с врачом после домашних неприятностей. Дети катализируют друг друга и получают либидо-активирующую стимуляцию от этого катализа и от материалов для игры. Врач «переводит» слова и поступки ребенка для членов группы в контексте переноса по отношению к врачу и другим членам группы.

Дети, выбранные для групповой терапии, в целом обнаруживают социальный голод, потребность быть такими же, как их

сверстники и быть признанными ими. Обычно врач исключает ребенка, который никогда не имел первичной связи, такой, как связь с матерью, поскольку такому ребенку лучше поможет индивидуальная психотерапия. В группу обычно включают детей с фобическими реакциями, женоподобные мальчики, застенчивые и аутичные дети, а также дети с первичными нарушениями поведения.

В групповой терапии для аутичных детей эти критерии модифицированы, так же как терапия для родителей и терапия искусством.

Модификация групповой терапии проводится также для детей с физическими дефектами, только начинающими ходить, которые обнаруживают задержку развития речи и языковых способностей. Опыт групповой деятельности с частотой два раза в неделю объединяет матерей и их детей в общую ситуацию преподавания — обучения. Опыт показал пользу работы с матерями, которые получали поддерживающую психотерапию в группе; их ранее скрытые иллюзии, касающиеся детей, исчезли, и они поняли, что нужно лечение.

ГРУППЫ ЛАТЕНТНОГО ВОЗРАСТА

Групповая терапия исходит из того, что тяжелые, отклоняющиеся от нормы переживания приводят к дефициту развития нормальной личности и нарушению поведения ребенка; поэтому, коррективные мероприятия в терапевтически воздействующей ситуации могут изменить это. Некоторые дети в латентном возрасте имеют глубокие нарушения, включающие невротические особенности (страхи с высоким уровнем тревожности и чувства вины); поэтому надо прибегать к групповой терапии с модификацией в виде активных бесед. Техника бесед включает вербальное изложение переживаний, групповую игру, работу и другие виды общения. В этом типе групповой терапии, как и с группами пубертатных детей и подростков, дети вербализуют свои переживания, осознают всю проблему, сопоставив все ее части, а группа помогает изменить их. Они говорят как о снах, фантазиях и мечтах, так и о травматизирующих и неприятных переживаниях, и эти обоюдные старания затем объединяются в общей дискуссии. Их применяют в разное время, проводят в присутствии других врачей и с различными материалами.

Большинство групп собирается после школы по меньшей мере на 1 ч, хотя некоторые предпочитают 90 мин. В течение 10 мин врач предлагает еду, причем одни считают, что это надо делать в последние 10 мин, а другие—когда дети наиболее общительны и расположены к совместной беседе. Конечно, еда — не основное занятие и никогда не играет центральной роли в групповой активности.

ПУБЕРТАТНЫЕ И ПОДРОСТКОВЫЕ ГРУППЫ

Могут использоваться сходные группы терапевтических методов при моносексуальном подборе участников группы. Их проблемы имеют много общего с группой латентного возраста, но они уже начинают чувствовать, особенно девочки, проблемы и давление подросткового возраста. Некоторым образом эти группы являются помощью во время переходного периода. Они как-то справляются с чувствами детей предподросткового возраста, которые компенсируют чувство неполноценности и сомнения в себе с помощью группы. Эта форма терапии обнаруживает преимущества влияния процесса социализации в течение этих лет. Из-за того, что дети данного возраста испытывают трудности в концептуализации, группы пубертатной терапии используют игру, рисунки, психодраму и другие невербальные способы выражения. Роль врача в этом случае является активной и директивной, в отличие от роли его по отношению к более старшим.

Активность групповой психотерапии является рекомендуемым типом групповой терапии для детей латентного и пубертатного возраста, у которых нет значительно выраженных невротических проявлений. Дети, обычно одного пола и сгруппированные не более чем по 8 человек, свободно ведут себя в обстановке, специально разработанной и предназначенной для данной цели по своим физическим и функциональным особенностям. Samual Slavson, один из пионеров групповой психотерапии, обрисовал групповую терапию как замену семьи, где пассивный, нейтральный врач становится заменой родителям. Врач принимает разные роли, чаще невербальным образом, так что каждый ребенок взаимодействует с ним и с другими членами группы. Современные врачи, однако, рассматривают группу как форму группы сверстников, с ее процессами социализации, а не измененную семью. Старшие подростки от 16 лет и более могут быть включены в группу взрослых, если это необходимо. Групповая терапия часто бывает полезна в лечении нарушений, связанных со злоупотреблениями. Комбинированная терапия (использование групповой и индивидуальной терапии) у подростков также целесообразна.

РОДИТЕЛЬСКИЕ ГРУППЫ

В групповой терапии, как и в большинстве лечебных программ для детей, трудности с родителями вызывают серьезные осложнения. Иногда родители не желают сотрудничать и отказываются приводить ребенка на сеансы терапии или участвовать в ней. Крайним случаем этой ситуации является тот, когда родители больны и используют детей как канал общения для удовлетворения своих потребностей. При этих обстоятельствах ребенок попадает в невыносимое положение, когда он получает позитивные ощу-

щения в группе, но они же становятся причиной хаоса дома. Родительские группы поэтому могут оказать ценную помощь для групповой терапии детей. Родитель ребенка, получающего терапию, часто затрудняется понять природу недомогания ребенка, провести границу между нормальным и патологическим поведением, установить связь с медицинским учреждением и справиться с чувством вины. Группа родителей помогает в этих аспектах, а также помогает членам группы выработать руководство к действию.

ДРУГИЕ СИТУАЦИИ ГРУППОВОЙ ТЕРАПИИ

Некоторые стационарные и дневные учреждения часто используют методы групповой терапии в своей работе. Групповая терапия в школе для плохоуспевающих и неблагополучных детей основывается на подкреплении и на теории моделирования, кроме традиционных методов, и это добавляется к групповой терапии родителей.

Если есть возможность лучше контролировать ситуацию, стационарные терапевтические учреждения используют специальные методы, такие как поведенческие контракты. Поведенческие контракты с подкреплением вознаграждением/наказанием обеспечивают позитивное подкрепление мальчикам предподросткового возраста, которые не верят никому, имеют низкую самооценку и конфликты, связанные с зависимостью. Некоторым образом сходные группы работают и дома. Перед включением в группы дети переживают много социальных ударов, так что поддерживающая групповая терапия обеспечивает облегчение и катарсис, но чаще она позволяет детям осознать радость общения и совместной деятельности со сверстниками.

Общественные школы также могут создать, хотя и не самую лучшую, обстановку для групповой терапии. Групповая терапия в виде групповых консультаций обычно проводится в школах. В одной такой группе проводился гомогенный по полу и проблемами подбор из шести или восьми учащихся, которые встречались раз в неделю в школьное время в течение 2—3 лет.

Из изложенного можно сделать вывод, что есть много показаний для использования групповой психотерапии как специальной модальности. Некоторые показания можно обозначить как ситуационные; врач может работать в исправительном учреждении, где групповая психотерапия лучше действует на подростков, чем индивидуальная. Другим показанием является нехватка времени: в одно и то же время можно охватить больше больных, чем при индивидуальной психотерапии. Использование группы наиболее подходит для оказания помощи детям данного возраста и данной стадии развития, а также с определенным кругом проблем. В группах детей раннего возраста социальный голод ребенка и

его потенциальная потребность быть принятым сверстниками делают эти группы подходящими для достижения целей групповой терапии. Противопоказания противоречивы и постепенно уменьшаются.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

Abramowitz C. V. The effectiveness of group psychotherapy with children.— Arch. Gen. Psychiatry, 1976, 33, 320.

Blotcky M., Sheinbein M., Wiggins K., Forgotson J. A verbal group technique for ego-disturbed children: Action to words international.— J. Psychoanal. Psychother., 1980, 8, 203.

Kraft I. A. Group therapy.—In: Basic Handbook of Child Psychiatry/Ed. J. D. Noshpitz, vol. 3, p. 159. Basic Books, New York, 1979.

Kraft I. A. Some special considerations in adolescent group psychotherapy.— **Int.** J. Group Psychother., 1961, 2, 196.

Rose S. D. Treating Children in Groups. Jossey/Bass, San Francisco, 1972.

Scheidlinger S. Group treatment of adolescents.—Am. J. Orthopsychiatry, 1985, 55, 102.

Scheidlinger S. Short-term group psychotherapy for children: An overview.— Int. J Group Psychother., 1984, 34, 573.

Slavson S. R., Schiffer M. Group Psychotherapies for Children. International Universities Press, New York, 1985.

Sugar M., editor The Adolescent in Group and Family Therapy. Brunner/Mazel, New York, 1975.

Yalom I.D. Inpatient Group Psychotherapy. Basic Books, New York, 1983.

38.3. СТАЦИОНАРНЫЕ И ДНЕВНЫЕ УЧРЕЖДЕНИЯ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ

СТАЦИОНАРНЫЕ УЧРЕЖДЕНИЯ

Введение

В стационарных учреждениях США лечат более 20000 детей с эмоциональными нарушениями и их число все время увеличивается. Такие центры действительно удовлетворяют реальные нужды, обеспечивая детям необходимую обстановку и поддержку персонала. Обязанностью персонала является также специальное образование для этих детей и лечение их родителей.

Персонал и учреждения

Персонал состоит из лиц, осуществляющих обслуживание ребенка, учителей, социальных служащих, психиатров, педиатров, сестер и психологов, что делает плату за стационарное лечение очень высокой.

Объединенная комиссия Психического здоровья детей рекомендовала следующую структуру стационарных учреждений:

Кроме помещения для групповых программ, должна быть возможность для преподавания на уровне начальной школы и обширная вечерняя программа, необходимо достаточно места для игры как в помещении, так и на открытом воздухе.

Всего должно быть немного детей, редко более 60, максимальный предел — 100; и дети должны жить малыми группами. Центры должны быть расположены возле места проживания семей, которых они обслуживают, и к ним должны быть близко расположены остановки общественного транспорта. Они должны быть также расположены в местах, легко доступных для оказания медицинской помощи, где можно обеспечить детям специальное обучение, а также различные социальные мероприятия, включая консультации. Они, по возможности, должны быть открытыми учреждениями, запертые палаты и здания или комнаты требуются очень редко. При разработке программ для таких учреждений, основной принцип должен быть следующий: в пространстве, во времени и в психологической структуре переживаний дети должны быть удалены от своей нормальной жизненной обстановки как можно меньше.

Показания

Большинство детей направляется в стационарные учреждения для лечения, если их уже осматривали ранее, например, школьный психолог, педиатр или члены шефской больницы, детский суд или агентство благосостояния штата. Безуспешные предыдущие попытки амбулаторного лечения и пребывания в воспитательном доме и других учреждениях часто предшествуют помещению на стационарное лечение. Возрастной диапазон детей варьирует в разных учреждениях, но обычно средний возраст детей от 5 до 15 лет. Мальчики направляются чаще, чем девочки.

Первый осмотр может показать, будут ли пребывание в данном учреждении и лечебная программа полезны для ребенка. Следующим шагом является беседа с ребенком и его родителями, которую проводят разные служащие — врач, работник, обслуживающий групповое проживание, учитель. Психологическое тестирование и неврологическое исследование делаются по показаниям, если они уже не были сделаны ранее. Ребенка и родителей надо подготовить к предстоящим беседам.

Групповое проживание

Большую часть времени ребенок проводит в обстановке группового проживания. Персонал состоит из лица, обслуживающего детей, который отвечает за структурированное воздействие окружающей среды, составляющей терапевтическую обстановку. Окружение ограничивает и сдерживает ребенка. Задания даются те, которые по силам ему выполнить; стимулы, например, добавочные похвалы способствуют скорее прогрессу, чем регрессу. В терапии обстановкой окружение структурировано, задаются определенные пределы и поддерживается терапевтическая атмосфера.

Дети часто выбирают одного человека (или более) из персонала, с кем они поддерживают более тесные отношения, в которых

ребенок выражает, сознательно или бессознательно, свои чувства к родителям. Персонал должен быть обучен распознавать такие реакции переноса и реагировать на них по-другому, чем ожидают дети, основываясь на своих отношениях с родителями. Чтобы поддерживать устойчивость и баланс, персонал должен легко общаться между собой и регулярно поддерживать связь с представителями других служб и администрации, особенно с учителями и врачами. Лица, ухаживающие за детьми, должны уметь распознать любое стремление и стать лучшим (или худшим) родителем в ответ на соответствующее поведение ребенка. Эта тенденция может проявляться как обвинение других лиц, ухаживающих за ребенком, в его плохом поведении, также персонал должен уметь распознать и избежать таких индивидуальных и групповых реакций взаимного переноса, как садомазохистские, и карающего поведения по отношению к ребенку.

Структурированная обстановка должна предоставлять возможности коррекции эмоциональных переживаний и облегчения и улучшения адаптивного поведения ребенка, особенно таких его нарушений, как нарушения речи и языковых возможностей, плохой почерк, плохие навыки, связанные с едой, интеллектуальная заторможенность, неадекватные отношения со сверстниками и дефицит внимания. Некоторые из этих нарушений связаны с плохой успеваемостью ребенка в школе, отсутствием социализации в поведении, включая вспышки гнева, драки и замкнутость.

Принципы модификации поведения также используются, особенно в групповой работе детей. Поведенческая терапия является частью общей терапевтической программы стационарного центра.

Образование

У детей в стационарном лечебном центре обнаруживают тяжелые нарушения способности к обучению, а также деструктивное поведение. Обычно они не могут учиться, как в обычной школе, и поэтому нуждаются в специально разработанном обучении. Процесс образования при стационарном лечении сложен (табл. 29).

Основной целью такой школы является повышение мотивации к учебе.

Терапия

В центре стационарного лечения имеет место традиционная психотерапия, включая интенсивную индивидуальную терапию ребенка, групповую терапию с отобранными детьми, индивидуальную или групповую терапию или оба вида с родителями и в некоторых случаях семейную терапию. Однако нужно помнить

Таблица 29. **Образование по месту жительства**

Анализ до поступления в школу →	Планирование программы обучения ↔		Первичная и повторная оценка →	Тип учебного заведения →	Доведите до конца
Природа конфликта	Развитие навыков обучения	Программа снижения тревоги	Еженедельные конференции персонала	Обычные школы	
Характер трудностей, обнаруживаемых при обучении	Исправляющее чтение	Поддержка для лиц, достигших зрелого возраста	Интердисциплинарные собрания и конференции	Специальный класс	
	Развитие основных навыков			Частная школа	
		Устойчивые, вызывающие доверие модели	Ежедневные сообщения учителей	Государственное учреждение	
	Обучение перцептивно-моторным навыкам и контролю над своими импульсами	Контроль над окружением	Психологическое тестирование		
		Индивидуальная психотерапия	Долговременное тестирование по определенному критерию		
	Обучение творческим и требующим искусного мастерства навыкам	Обучение вне школы			
			Тестирование раз в полгода		
	Музыкальное образование	Стандартное помещение, где имеется инструктор	Тестирование раз в полгода с участием всего персонала		
	Общегрупповое образование				
	Академическое обучение, основанное на 6 циклах с инструкциями, по 25 дней каждый, в которых проводится анализ, диагностика индивидуальных особенностей и даются назначения, а также планируется развитие в будущем в виде различных альтернатив.	Отдельная спокойная комната в учреждении, без инструктора			

о необходимости некоторой модификации. Ребенок общается со всем персоналом заведения и поэтому должен знать, что общего у кабинета врача с другими комнатами персонала. Врач сообщает ребенку, что все, что они делают и обсуждают, не будет известно семье или другим детям стационарного центра, но будет знать персонал.

Родители

Одновременно важно проводить работу с родителями. Ребенок обычно тесно связан с родителями, независимо от того, насколько тяжелое расстройство у родителя. Иногда ребенок идеализирует родителя, который все время делает не то, что нужно для ребенка. Иногда у родителя амбивалентные или нереалистические ожидания, что ребенок вернется домой. В некоторых случаях родителю надо помочь дать ребенку возможность пожить в другом учреждении, если это наилучшим образом отвечает интересам ребенка. Большинство стационарных терапевтических центров предлагает индивидуальную или групповую терапию родителям, или семейным парам, или же проводит брачную терапию, а в некоторых случаях — объединенную семейную терапию.

ДНЕВНОЙ СТАЦИОНАР

Введение

Концепция дневного лечения без лишения ребенка домашней обстановки и семьи берет свое начало от имевшихся в прошлом успехов в специальных лечебных школах. Развитие программ дневных госпиталей для детей и число программ продолжают расти.

Основное преимущество дневной терапии в том, что дети остаются со своими семьями, так что семьи могут больше участвовать в лечении. Дневное лечение также значительно дешевле, чем стационарное. В то же время риском, связанным с дневным лечением, является угроза социальной изоляции детей и их привычка к узким социальным контактам со сверстниками, предусмотренным программой для имеющих отклонения детей.

Показания

Первичным показанием для дневного лечения является потребность более структурированного, интенсивного и специализированного лечения, чем это можно осуществить амбулаторно. В то же время дом, в котором живет ребенок, должен обеспечивать окружение, которое, по меньшей мере, не будет деструктивным для развития ребенка. У детей, которым показано лечение

в дневном стационаре, может быть ряд диагнозов, включая инфантильный аутизм, пограничные состояния, расстройство поведения, гиперактивность с нарушением внимания и задержка умственного развития. Исключение составляют нарушения, которые могут принести вред самому ребенку и другим детям, находящимся на лечении. Таким образом, некоторые дети, которые грозят убежать, поджечь, совершить суицид, ударить других или ведут значительно дезорганизованную жизнь, не подходят для дневного стационара.

В дневную программу лечения входят те же составные части, которые входят в программу стационара. Они включают четкое руководство со стороны персонала, сотрудничество со сверстниками в группе, открытое общение и понимание поведения ребенка.

Действительно, имеются преимущества в том, чтобы одна контора управляла и стационарным, и дневным лечением.

Основной функцией персонала, ухаживающего за детьми в дневном стационаре, является лечение детей с психическими нарушениями, чтобы дать им позитивные ощущения и структуру, делающую возможной выработку у больного способности к внутреннему контролю и более разумным действиям в отношении самих себя и окружающих, чем дома. И снова методы существенно не отличаются от тех, которые применяются в стационарах.

Из-за разного возраста, потребностей и целого ряда диагнозов исход у разных детей различен, и, чтобы помочь как можно большему числу детей, необходимо разработать широкий спектр программ. Некоторые программы специализированы в отношении определенных потребностей в образовании и воспитании умственно осталых детей. Другие направляют терапевтические усилия на лечение аутичных детей и больных шизофренией. Другие программы обеспечивают целый спектр лечения, пригодный обычно для всех больных, находящихся на стационарном лечении, частью которых иногда являются программы дневного лечения. Детям можно менять метод лечения, беря части из разных программ, или проводить лечение, как в стационаре, так и дневное лечение, в зависимости от их состояния. В дневном лечении видное место всегда занимает школьная программа, а психиатрическое лечение варьирует в зависимости от потребностей ребенка и диагноза.

Результаты

Результаты дневного лечения трудно оценить. Оценка долговременной эффективности встречает значительные трудности, смотря на какую точку зрения встать: как развивается ребенок, по его собственному мнению, как он, по мнению врача, справляется со своими задачами, или как общество оценивает такие вещи, как соотношение цены и практических результатов.

В то же время преимущество дневного лечения воодушевляет на дальнейшее развитие таких программ. Более того, уроки, усвоенные из дневных программ, приближают программы психического здоровья к тому, чтобы дети обслуживались в развитии, а не осуществлялась просто стереотипная забота о них. Опыт дневного лечения психических нарушений у детей и подростков также подействовал на детские больницы и учреждения, помог адаптировать эту модель для сестринского ухода за детьми с физическими недостатками, особенно за теми, которые имеют хронические соматические заболевания.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

Dingman P. R. Day programs for children: A note on terminology.— Ment. Hyg., 1969, 53, 646. *Evangelakis M. G.* A Manual for Residential and Day Treatment of Children. Thomas, Springfield, IL, 1974. *Hunger D.S., Webster CD., Konstantereas M.M., Sloman L.* Ten years later: What becomes of the psychiatrically disturbed child in day treatment.— J. Child. Care, 1982, 1, 45. *LaVietes R., Cohen R., Reems R., Ronall R.* Day treatment center and school: Seven years' experience.—Am. J. Orthopsychiatry, 1965, 35, 160. *Lewis M., Brown T. E.* Child care in the residential treatment of the borderline child.— Child Care Q, 1980, 9, 41. *Lewis M., Lewis D.O., Shanok S.S.* et al. The undoing of residential treatment.—J. Am. Acad. Child. Psychiatry, 1980, 19, 160.

Prentice-Dunn S., Wilson D. R., Lyman R. D. Client factors related to outcome in a residential and day treatment program for children.— J. Clin. Psychol., 1981, 10, 188. *Vaughan W.J., Davis F. E.* Day hospital programming in a psychiatric hospital for children.—Am. J. Orthopsychiatry, 1963, 35, 542. *ZangL.D.* The antisocial aggressive school-age: Day hospitals.— In: Handbook of Treatment of Mental Disordersand Adolescence/Eds. B. Wolman, J. Egan, A. Ross, p. 317. Prentice-Hall, Englewood Cliffs, NJ, 1978.

38.4. ОРГАНИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ

ВВЕДЕНИЕ

Органическая терапия у детей и подростков возникла из тени взрослой психиатрии. Больше внимания когнитивным переменным и большой поиск психостимуляции у детей оказали свое влияние и внесли вклад в область, касающуюся родителей. Распознавание и лечение таких расстройств, как тяжелая депрессия, которые, как ранее предполагалось, поражают более старшие возрастные группы, теперь распространило диапазон общей психиатрии и на детскую.

ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

Вначале надо произнести полную диагностическую оценку. Она проводится следующим образом поэтапно:

1) постановка диагноза; 2) исследование симптомов; 3) уро-

вень соотношения риск/преимущество; 4) установление порядка терапии; 5) периодический пересмотр; 6) окончание/прекращение применения препарата. Имеется ли у ребенка расстройство того типа и такой тяжести, которое требует органической терапии? Также следует рассмотреть другие медицинские или социальные условия, вызвавшие эти нарушения. Также важными являются оценка и понимание социального и семейного контекста больного, который может влиять на выбор терапии. Психические расстройства у одного или обоих родителей могут требовать одновременного вмешательства или даже более раннего, чем лечение ребенка. Оппозиция по отношению к лечению со стороны школы или родителей может помешать осуществлению терапии, и тщательный анализ должен включать и этот аспект. Идеи членов семьи и собственные мысли ребенка о причине его заболевания могут окрашивать их отношение к лечению, что также надо учитывать. Изучение реакции на медикаментозное влияние у членов семьи может помочь при оценке выбора уровня предпочтительной дозы. Фармакотерапия всегда используется в процессе лечения только в комплексе с другими видами лечения.

ДЕТСКАЯ ФАРМАКОКИНЕТИКА

Дети лучше метаболизируют психоактивные препараты, чем взрослые, и поэтому им требуется слегка более высокая доза в милиграммах на 1 кг массы тела, чем взрослым. Это относится к литию, что может отражать более высокий клиренс почек у детей. Одним из объяснений другого отличающего эффекта является большее соотношение массы печень — тело у детей (например, на 30% больше у 6-летних, чем у взрослых). Стимуляторы у детей имеют несколько более короткую продолжительность жизни у детей, чем у взрослых. Дети превращают имипрамин в дез-метилимипрамин более активно, чем взрослые. У детей ожидается, что дезметили-рованный метаболит является активной частью. Хотя дети очищают имипрамин быстрее через дементилацию, их клиренс всего имипрамина и дезметилимипрами-на после введения имипрамина находится на уровне, близком к имеющемуся у взрослых.

Исследования уровня сыворотки в обоих этих классах препаратов демонстрирует широкий набор уровней среди субъектов, получающих одну и ту же дозу в мг/кг массы тела. Подобное же разнообразие имеет место у взрослых при этих дозах, как и в случае введения других психотропных препаратов. В случае с имипрамином депрессивные дети должны иметь такой же уровень препарата в плазме, какой дает наилучший эффект у взрослых.

ПОКАЗАНИЯ

Расстройство в виде гиперактивности с дефицитом внимания

Наиболее выраженным показанием к фармакологическому лечению в детской психиатрии является расстройство в виде гиперактивности с дефицитом внимания. Его симптомы угрожают развиться в сильное и неподдающееся терапии нарушение внимания и импульсивность.

Предпочтительными препаратами являются такие стимуляторы, как метилфенидат (Ritalin), декстроамфетамин (Dexedrine) или пемолин (Cylert). Доза стимулятора титруется каждые 3—5 дней (каждую неделю при использовании пемолина) либо до получения терапевтического эффекта, либо при невозможности дальнейшего увеличения дозы из-за побочных эффектов. Врач должен применять самую низкую из возможных эффективных доз. Дозы назначаются на день, исходят из полупериода жизни лекарства. По сравнению с длительными полупериодами антидепрессантов и антипсихотических препаратов все стимуляторы имеют кратковременное действие. Их этих трех препаратов метилфенидат имеет самый короткий полупериод (2,5 ч в среднем). В результате его часто вводят два раза в день. Полупериод амфетаминов средний, а у пемолина — наибольший (около 12 ч).

Преимуществами лечения являются снижение беспокойства и импульсивности, а также повышение способности удерживать внимание, концентрироваться и выполнять распоряжения. Около 75% больных с этим диагнозом реагирует на амфетамин или метилфенидат. Некоторые дети реагируют на один, но не реагируют на другой стимулятор. Хотя многие из фармакологических свойств этих препаратов известны, механизм действия еще не ясен. Следует подчеркнуть, что действие стимуляторов не специфическое для гиперактивных детей. Нормальные дети так же реагируют на них, поэтому эффект стимуляторов не может служить подтверждением диагноза расстройства в виде гиперактивности с нарушением внимания.

Стимуляторы противопоказаны детям с нарушениями мышления или психозом, так как могут усиливать эти состояния. Стимуляторы также противопоказаны при задержке умственного развития, тиках и у высоко тревожных детей. Они могут вызвать усиление синдрома Туретта. Типичные побочные действия стимуляторов следующие: 1) бессонница, 2) снижение аппетита, 3) раздражительность или нервозность, 4) снижение массы тела.

Если стимуляторы неэффективны или дают тяжелые побочные эффекты, второе место занимают трициклические антидепрессанты. Если реакция на них есть, она наступает быстро (например за 1—2 дня); однако реакция может быть непродолжительной и не такой сильной как у стимуляторов. Применяемая доза ниже, чем для получения антидепрессирующего эффекта. Также пытаются применить такие антипсихотические вещества, как галоперидол, но надо учитывать риск поздней дискинезии.

Много внимания уделяется вопросу о диете для гиперактивных больных, но исследования с хорошо поставленным контролем пока не дали определенных результатов. Также в таких исследованиях не обнаружено преимущественное действие кофеина по сравнению с плацебо для лечения расстройства в виде гиперактивности с дефицитом внимания.

Синдром Жиля де ла Туретта

СЖТ, характеризующаяся наличием множественных тиков скелетных мышц и голосовых тиков, является показанием к фармакотерапии. Хотя больные иногда могут подавлять эти движения произвольно, в большинстве случаев требуется дополнительное лечение га л опери до л ом. Доза для 3—12-летних детей составляет 0,02—0,2 мг/кг массы тела в день. Галоперидол в настоящее время является предпочтительным препаратом для лечения этого расстройства по сравнению с другими. Недавно появились сообщения о хорошем эффекте пимозида— антипсихотического вещества, действующего на связывание кальциевых каналов, и кло-нидина — вещества, блокирующего пресинаптические а-адре-нергические системы.

Инфантильный аутизм

Гиперактивность, ажитированность, плач, вскрикивание и неустойчивость настроения у аутичных детей делают их очень трудными, а лекарство помогает только уменьшить некоторые нарушения. Антипсихотические вещества не могут облегчить нарушения, обусловленные выраженным дефицитом в коммуникабельности и социальном общении. Небольшие дозы относительно менее седативных антипсихотических веществ (например, галоперидол от 0,5 до 16 мг/сут) облегчают вторичные проявления.

Фенфлурамин, симпатомиметический амин, оказался эффективным, но это не было проверено в исследованиях со специальным контролем, где бы его эффект превышал плацебо. В некоторых случаях его все же следует применять. Налтрексон— опиоидный антагонист, также рассматривается как перспективный препарат для лечения этих расстройств.

Шизофренические расстройства

Дети с проявлениями и симптомами, сопоставимыми с теми, которые обнаруживаются при шизофрении взрослых, положительно реагируют на антипсихотические препараты, но исследований с надлежащим контролем в этой области нет. Имеются также данные о том, что антипсихотики вызывают токсический эффект у детей, так же как у взрослых, включая позднюю дискинезию. Поэтому соотношение риск/положительный эффект высокое и надо тщательно следить за состоянием, чтобы решать, продолжить ли лечение или нет.

Шизофрения, начавшаяся в позднем подростковом возрасте, лечится как заболевание у взрослых.

Расстройства настроения

Как было недавно обнаружено, тяжелая депрессия бывает в детском и подростковом возрасте, а не только у взрослых. Правила для проведения фармакологической терапии при этом расстройстве еще не выработаны. Депрессивные дети с чертами эндогенности могут хорошо реагировать (улучшение настроения) на применение имипрамина в дозах от 1—2 мг/кг массы тела в день. Побочные эффекты сходны с теми, которые имеют место у взрослых. При проведении контрольных исследований с плацебо столь отчетливых преимуществ действия препарата, как у взрослых, не отмечается. Являются ли ингибиторы МАО лучшими препаратами, неизвестно. Проведение ЭСТ у детей в настоящее время не рекомендуется.

Биполярные больные, как выявилось при ретроспективном исследовании, оказались в меньшинстве (30%) среди заболевших в подростковом возрасте или раньше. Хотя литий очень плохо исследован, показано, что больным, отвечающим критериям DSM-III-R для этого заболевания и не реагирующим на более консервативное лечение, он рекомендуется. Рекомендуются такие дозы лития, чтобы достичь уровня артериального давления 0,6—1,2 Ед/л литр, а для получения этого уровня обычно требуются те же дозы, что и для взрослых больных. Побочные эффекты и осложнения те же, что и у взрослых.

Нарушения поведения

Об органической терапии нарушений поведения известно мало. Имеется значительное перекрытие (наложение) проявлений, относящихся к нарушению поведения и расстройству в виде гиперактивности с дефицитом внимания, если рассмотреть неясности многих исследований, в которых говорится о положительной реакции на лечение. Роль органической терапии в лечении чистых нарушений поведения еще не определена. Недавние исследования с литием и галоперидолом у госпитализированных детей с нарушением поведения показали хороший эффект.

Ранее применяемые противосудорожные препараты неэффективны, даже в случае наличия расстройств в виде припадков. Имеются данные, что хороший эффект оказывают карбамазепин и пропранолол, но нужны дальнейшие исследования для более полного представления о них. Стимуляторы могут быть эффективны в случаях агрессии у больных с гиперактивностью и дефицитом внимания, но неэффективны при тяжелых нарушениях настроения, и у этих больных могут быть осложнения или привыкание. Антипсихотики снижают тяжесть агрессии, но их применение ограничено седативным эффектом и, возможно, уменьшением когнитивных нарушений.

Энурез

Трициклические антидепрессанты, в частности имипрамин, снижают проявление энуреза, но не вызывают полного излечения. Они показаны в комплексной терапии в некоторых ситуациях у детей старше 6 лет. Сначала дается доза 25 мг/сут внутрь за 1 ч до сна. Затем доза может быть увеличена до 50 мг у детей до 12 лет и до 75 мг у детей старше 12 лет, но она не должна превышать 2 мг/кг/сут. Механизм действия облегчения нарушений не известен. Известно только, что антипсихолинергический эффект нерелевантен снижению энуреза, как и другие периферические действующие антихолинергические вещества. К концу недели при адекватной дозе у 60% детей или более наступает улучшение, но этот эффект может быть непродолжительным или же у половины больных вырабатывается толерантность.

Задержка умственного развития

Недавно сделанные обзоры показывают, что приблизительно половина госпитализированных лиц с задержкой умственного развития получают антипсихотические препараты, что скорее всего означает слишком расширенное применение. Умственная ретардация сама по себе не является показанием для психотропных препаратов, хотя у некоторых лиц при таких проявлениях, как гиперактивность или стереотипия, появляется облегчение от приема антипсихотических препаратов или стимуляторов. Низкие дозы галоперидола оказываются самыми эффективными при наличии небольших когнитивных нарушений.

Тиоридазин и галоперидол могут оказаться эффективными для снижения нежелаемых проявлений в поведении, таких как самостимуляция, агрессия и двигательная активность. Однако, кроме риска отдаленной дискинезии, имеется другой риск: антипсихотики могут нарушать эффективность поведенческого обучения и другие реабилитационные усилия, такие, как работоспособность в мастерской, если у больного наблюдаются побочные эффекты, вызывающие сонливость.

Расстройство в виде тревожности в детском и подростковом возрасте

Для лечения детей школьного возраста с фобиями эффективен имипрамин в качестве дополнения к комплексу, а также для лечения тревоги, связанной с разлукой. И еще нет достаточно данных, чтобы судить об эффективности хлордиазепоксида и амфетамина в клинической практике. Анксиолитики обычно при этих расстройствах назначаются чересчур широко.

Ночные кошмары

Расстройство сна проявляется в повторных приступах внезапного пробуждения с сильной тревогой и выраженными вегетативными проявлениями. Они возникают во время IV стадии сна. Ребенок, который выглядит спутанным и дезориентированным, обычно не реагирует на попытки утешить его во время этих приступов. Диазепам в дозах 2—5 мг снижает пропорцию стадии IV сна и оказывает положительное действие.

Обсессивно-компульсивное расстройство

Обсессивно-компульсивное расстройство встречается редко у детей. Оно характеризуется навязчивыми мыслями и компульсивными действиями, которые могут сильно влиять на трудоспособность. Хломипрамин, которого в настоящее время в США нет, оказывает облегчающее действие на обсессивно-компульсивные нарушения, независимо от того, имеется или нет сопутствующая депрессия.

Специфические расстройства развития

Ни один из фармакологических препаратов не вызывает клинического улучшения ни одного из специфических расстройств развития. Однако у многих детей с психическими расстройствами отмечается также нарушение способности к обучению, а у тех, у которых имеются нарушения способности к обучению, наблюдаются также и расстройства поведения. Это, так же как и важность школы и обучения в жизни ребенка, детей, поднимает вопрос о когнитивном эффекте психотропных препаратов. В табл. 30 приводятся данные о влиянии этих лекарств на когнитивные тесты, характеризующие способность к обучению.

У детей с нарушением способности к обучению, но без других психических нарушений, выявлен хороший эффект применения метилфенидата, который улучшает способность выполнять задание по ряду стандартных когнитивных, психолингвистических тестов и тестов на память и внимание, но не влияет на уровень академической успеваемости или обучаемости. При лечении психотропными препаратами, особенно антипсихотическими веществами, у умственно отсталых могут возникать когнитивные нарушения, осложнения, которые бывают более серьезными, чем эффективность лечения этими веществами.

Расстройства, связанные с едой

Расстройства, связанные с едой, характеризуются компульсивными эпизодами прожорливости или анорексии. В настоящее время имеются данные о том, что в этих случаях может быть хороший эффект от антидепрессантов.

Таблица 30. **Эффект психотропных препаратов по когнитивным тестам на функции обучения***

Класс препаратов	Тест на способность работать долго (на внимание)	Нахождение знакомых фигур (импульсивность)	Тестируемая функция		Кратковременная память ‡	Интеллект WISC
			парные ассоциации	способность к планированию		
Стимуляторы	↑	↑	↑	↑	↑	↑
Антидепрессанты	↑	0	↓	0	0	0
Нейролептики	↑↓		↓	↓	↓	0

* Улучшение — ↑, нестойкий эффект — ↑↓, ухудшение — ↓, 0 — отсутствие эффекта.

‡ Различные тесты: запоминание цифр, воспроизведение слов и др.

ПОБОЧНЫЕ ЭФФЕКТЫ И ОСЛОЖНЕНИЯ

Антидепрессанты

Побочные эффекты действия антидепрессантов у детей обычно сходны с теми, которые имеют место у взрослых; причиной их являются антихолинергические свойства имипрамина. Они включают сухость во рту, запор, пальпитации, тахикардию, нарушения аккомодации и потливость. Наиболее серьезными побочными эффектами являются сердечно-сосудистые, хотя у детей наиболее часто наступает диастолическая гипертензия, а постуральный гипотензивный эффект наступает реже, чем у взрослых. Изменения на ЭКГ у детей наиболее часто бывают при использовании высоких доз. Замедление проводимости сердца (интервал P(?) 0,20 с или интервал *QRS}* 0,12) требует снижения дозы. Максимальная доза определяется 5 мг/кг/ в день. При передозировке препарат может быть очень токсичным, и у маленьких детей получение 200—400 мг может оказаться смертельным. Когда доза снижается слишком быстро, может быть симптом отнятия; его проявления—желудочно-кишечные: колики, тошнота, рвота, а иногда и апатия и, вялость. Лечение состоит в медленном снижении дозы.

Антипсихотики

Наиболее изученными антипсихотиками, используемыми в педиатрии, являются аминазин, тиоридазин и галоперидол. Во взрослой психиатрии широко распространено мнение, что антипсихотические вещества высокой и низкой потенциальной эффективности различаются по своим побочным действиям. Производные фенотиазина (аминазин и тиоридазин) имеют наиболее выра-

женный седативный и атропинный эффекты, тогда как антипсихотические препараты с очень высоким потенциалом действия обычно связывают с экстрапирамидными реакциями, такими, как паркинсонизм, акатизия и острая дистония. У детей это может оказаться не так, в связи с чем надо соблюдать особую осторожность. Особенно это относится к случаям, где сравниваются низкие дозы препаратов одинаковой эффективности, и в этих случаях различий может не обнаруживаться.

Даже если частота этих побочных эффектов отличается, они всегда обусловливаются антипсихотическими препаратами. Наличие у детей нарушения когнитивной функции, или, что еще более важно, поздней дискинезии, призывает к осторожности с этими препаратами. Поздняя дискинезия, характеризующаяся устойчивой патологией произвольных движений языка, лица, рта или челюсти, а также иногда конечностей, очень опасна при назначении антипсихотических препаратов детям всех возрастных групп. Эффективного лечения не существует. Отмечаются случаи поздней дискинезии у больных, принимающих менее 375—400 мг эквивалентов аминазина. Неустойчивые хореиформные подергивания конечностей и туловища, с другой стороны, очень часто наблюдаются при быстрой отмене антипсихотиков у детей, и это все надо учитывать, чтобы отличить их от поздней дискинезии.

Рекомендуется, чтобы всегда, если только это возможно, детям, находящимся на терапии антипсихотиками, делались перерывы в лечении для оценки их состояния и профилактики развития поздней дискинезии.

Стимуляторы

Имеются сообщения о проблемах, возникающих у умственно отсталых детей, принимающих стимуляторы, хотя фактов, доказывающих это, нет. В настоящее время распространено мнение, что нарушения, наблюдающиеся у детей, временные, и в результате приема стимуляторов они в конце концов приобретают нормальный статус.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ДРУГИХ ВИДОВ ОРГАНИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ

Имеется немного данных,свидетельствующих, что диета оказывается полезной для лечения психических нарушений у детей, но было бы преждевременно не обратить на это внимание. Исследования голода и/или белковой недостаточности в питании подчеркивают важность нормального питания *дгч* роста и развития и указывают на то, что неправильное питание оказывает серьезные последствия на поведение. Такие концепции, как самовыбор диеты, как отражение различий в метаболизме и олигоантигенных диет, в настоящее время изучаются.

Таблица 31. Репрезентативные психотропные препараты. и дозировка

Психотропные препараты	Показания	Доза мг	/сут мг/кг
Стимуляторы Декстроамфетамин * (Декседрин)	Расстройство в виде гиперактивности с дефицитом внимания	2,5-40	
метилфенидат * * (Риталин)		10—60	0,3—1,0
пемолин магнезии * (Цилерт)		37,5—112,5	
Нейролептики Фенотиазины хлорпромазин (Торацин)	Шизофрения, расстройства поведения агрессивного типа, расстройство в виде гиперактивности с дефицитом внимания (резистентные к стимуляторам формы)	10—200 (800^+)	2,0 максимум
тиоридазин (Мелларил)	(То же, что и выше)	10—200 (800^+)	
трифлуоперазин (Стелазин)	Шизофрения, расстройство в виде аутизма	1—20 (40^+)	
Бутирофеноны галоперидол (Галдол)	Шизофрения, аутизм, синдром Туре, хроническое двигательное и речевое расстройство в виде тиков, расстройство поведения, агрессивный тип, расстройство в виде гиперактивности с дефицитом внимания (резистентные к стимуляторам формы), умственная ретардация с тяжелой агрессией против себя и других	0,5—16	0,02—0,20
Тиоксантены тиотиксен (Наван)	Шизофрения	5-42	0,3
Дигидроиндолы молиндон (Мобан)	Шизофрения, аутизм, расстройство поведения агрессивного типа	1—40 (200^+)	
Дибензоксазепины лосапин	Шизофрения	20—100	
Дифенилбутилпиперидины пимозид	Синдром Туре	1-4	
Антидепрессанты Трициклические имипрамин	Функциональный энурез, расстройство в виде гиперактивности с дефицитом внимания, депрессивные расстройства, школьные фобии	25—50 (75^+)	1,0—2,0
амитриптилин	Депрессивные расстройства	45—110	5,0 максимум
нортриптилин	Депрессивные расстройства	20—50	1,5

Продолжение

Психотропные препараты	Показания	Доза /сут	
		мг	мг/кг
Другие Литий	Биполярные расстройства	500—2000 (и/или уровень в крови 0,4—1,2)	
	Расстройство поведения агрессивного типа, умственная ретардация с тяжелой агрессией против себя и других		
Бензодиазепины хлордиазепоксид диазепам			2—10 (20⁺)

* 3 года и старше. ** 6 лет и старше. ⁺ Максимальная доза для детей и подростков.

Электросудорожная терапия применялась в прошлом у детей и подростков, но не очень широко, и приносила очень мало пользы, если вообще приносила. Большинство данных получено у детей с психотическими расстройствами, а не с расстройствами настроения. Документально не показано в исследованиях с хорошим контролем, имеются ли показания для ЭСТ в этом возрасте. Никаких побочных эффектов или осложнений, которые можно было бы объяснить детским возрастом, не описано.

Убедительных показаний для психохирургии в детской психиатрии нет.

Табл. 31 иллюстрирует известные психоактивные препараты с показаниями к их применению и дозами.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

Campbell M. Drug treatment of infantile autism. The past decade.— In: The Third Generation of Progress/Ed. H. Y. Meltzer, p. 1225. Raven Press, New York, 1987.

Campbell M., Perry R., Green W.H. The use of lithium in children and adolescents. Psychomatics, 1984, 25, 95.

Campbell M., Small A. M., Green W. H. et al. Behavioral efficacy of haloperidol and lithium carbonate: A comparison in hospitalized aggressive children with conduct disorder.—Arch. Gen. Psychiatry, 1984, 41, 650.

Gittelman-Klein R. Pharmacotherapy of childhood hyperactivity: An update.— In: The Third Generation of Progress/Ed. H. Y. Meltzer. Raven Press, New York, 1987.

Gittelman R., Koplewicz H. Pharmacotherapy of childhood anxiety.— In: Anxiety Disorders of Childhood/Ed. R. Gittleman, p. 188. Guilford Press, New York, 1986.

Gualtieri C. T., Quade D., Hicks R.E. et al. Tardive dyskinesia and other clinical consequences of neuroleptic treatment in children and adolescents.— Am. J. Psychiatry, 1984, 141, 20.

Klein D.F., Gittelman R., Quitkin F., Rifkin A. Diagnosis and Drug Treatment of Psychiatric Disorders: Adults and Children, ed. 2. Williams and Wilkins, Baltimore, 1980.

Psychopharmacology Bulletin. Special Feature Rating scales and assessment instruments for use in pediatric psychopharmacology research, 1985, 21, 765.
Ryan N. D., Puig-Antich /., Cooper T. et al. Impramine in adolescent major depression: Plasma level and clinical response.— Acta Psychiatr. Scand., 1986, 73, 275.
Werry J. S., editor Pediatric Psychopharmacology: The Use of Behavior Modifying Drugs in Children, Brunner/Mazel, New York, 1978.

38.5. ПСИХИАТРИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПОДРОСТКОВ

ВВЕДЕНИЕ

Пубертат и стресс влияют на подростковую психопатологию и тем, что способствуют обострению психических заболеваний у предрасположенных подростков, и тем, что по-особому окрашивают клиническую картину. Это уникальный период жизни, когда требуются специальные подходы к лечению.

ДИАГНОЗ

У подростков можно анализировать как их специфическую, соответствующую данной возрастной стадии функцию, так и общий прогресс в выполнении задания. Почти для всех подростков в описываемой культуре, по меньшей мере до достижения позднего подросткового периода, то, как они справляются со своими школьными делами, служит «барометром» нормы. Подростки с нормальным интеллектом, которые не справляются со своими делами, обнаруживают значительные психосоциальные проблемы, природу и причину которых следует выяснить.

Вопросы, которые надо задавать подростку, связаны с определенной стадией развития: какая степень расхождения с родителями имеется у подростка? Какая сущность этих расхождений? Как они воспринимают свое прошлое? Воспринимают ли они себя как ответственные за свое собственное развитие или они пассивные реципиенты родительского влияния? Как они воспринимают сами себя в будущем, чувствуют ли они ответственность за свое будущее и за других? Могут ли они думать о различных последствиях, являющихся результатом разного образа жизни? Как они выражают свои сексуальные и эмоциональные чувства? Эти вопросы занимают всех подростков и обычно понимаются по-разному в раннюю и позднюю стадии.

Следует оценить объективные отношения подростка. Воспринимают ли они и хорошие, и плохие качества своих родителей? Рассматривают ли они своих сверстников, а также возлюбленных как индивидуальных личностей со своими собственными потребностями и внутренним миром, или же они существуют только для своих собственных нужд?

Существенно изучить понимание подростком, если это возможно, культурных и этических основ. Например, в некоторых группах депрессия является приемлемым расстройством, а в некоторых — признаком слабости и маскируется антисоциальными действиями, приемом наркотиков и саморазрушительными действиями. Однако неверно, что психиатр должен относиться к той же самой расе или группе, что и подросток, чтобы лечение было эффективным. Дело не в классовой принадлежности, а в уважении к человеку и знаниях.

БЕСЕДЫ С РОДИТЕЛЯМИ

Когда позволяют обстоятельства, надо проводить беседу и с подростками, и с родителями. Можно включить и других членов семьи в зависимости от степени их участия в жизни подростка и характера нарушений. Желательно, однако, раньше встретиться с подростком; это обстоятельство позволяет избежать возможности того, чтобы врача считали агентом родителей.

Техника беседы

Все больные испытывают некоторое недоверие к врачам, но подростки особенно грубы, вызывающе дерзки. Врачи должны завоевать доверие как агенты подростков — задание, которое им придется часто выполнять снова и снова. Они должны сделать так, чтобы подростки сами рассказывали им свою историю, а врач не должен прерывать или исправлять противоречия, что можно принять за недоверие. Следует выслушать мнение подростков относительно теорий, которые, как они полагают, лежат в основе того, что случилось, почему появились данные поступки и чувства, когда изменились обстоятельства и что вызвало нарушения.

Критической особенностью является язык. Даже если подросток и врач происходят из одного социоэкономического класса, язык у них редко бывает одинаковым. Врач должен пользоваться своим собственным языком, объясняя все специальные термины и концепции и прося подростка объяснить все незнакомые термины, слова, выраженные на жаргоне или слэнге.

Применение наркотиков и суицидальные мысли или попытки должны обсуждаться особо и по сути дела. Подростки обычно бывают честными в отношении имеющихся у них суицидальных мыслей и их серьезности. Многие из них отрицают или преуменьшают употребление наркотиков, но некоторые, которые могут честно ответить на поставленный вопрос, добровольно, если их не спросить, не скажут о каждом препарате и количестве и частоте, с которой он употреблялся.

Сексуальная история подростков и сексуальная активность на данный момент являются важнейшей информацией для адекватной оценки состояния. Характер сексуального поведения часто является портретом всей личностной структуры и развития эго.

ЛЕЧЕБНЫЕ МОДАЛЬНОСТИ

Обычно для определенного расстройства нет никакой специальной терапии. Предпочтительным часто является вид лечения, который лучше всего отвечает индивидуальным особенностям подростка и семьи или среды. Реальные потребности подростков в зависимости могут заставить врача настаивать на том, чтобы держать слабых подростков в более или менее подходящих условиях дома. Но по этим же причинам врач должен стремиться удалить подростка из дома, если влияния семьи патогенны, даже когда тяжесть заболевания сама по себе не является показанием к этому, так как подростки не в состоянии, находясь в стадии развития, справиться с двойной нагрузкой: пытаться победить болезнь и одновременно подвергаться травматизирующей обстановке дома. Кроме того, борьба подростков за свою автономию может так осложнять проблемы согласия на терапию, что они непроизвольно выступают против лечения нарушений, в то время как данные нарушения следует лечить именно на этой стадии развития. Таким образом, приводимое ниже обсуждение в меньшей степени является руководством, а в большей — суммирует то, что может предложить каждая модальность.

Индивидуальная психотерапия

Очень мало больных подростков, если такие вообще есть, верят врачу или проявляют открытость сразу, если на это не потратить много времени и попыток, поэтому полезно заранее дать больному знать, что это естественно, нормально и именно такой реакции от него ждут. Рассказ о возможных затруднениях, встречающихся в курсе лечения, например нетерпимость и разочарование во враче, в процессе терапии, по мере прохождения времени и часто почти непостижимо, помогает поддерживать контроль над подростками. Терапевтические цели надо ставить в таких выражениях, чтобы подросток их понимал и мог оценить. Хотя они не играют решающей роли в имеющемся самоконтроле, подлежащих дисфорических эмоциях или импульсивном удовлетворении своих желаний, они могут оценить чувство уверенности и поддерживать лучший контроль над собой, своими поступками и явлениями, которые их раздражают. Типичные потребности подростка-реальная связь с врачом, которого они могут воспринимать как реальную личность. Врач становится еще одним родителем, поскольку подростку Требуется адекватное родительское чувство или замена прежнего неадекватного. Таким образом, специалист, менее квалифицированный и не имеющий имени, менее подходящая модель, чем тот, который может принять любой вызов и ответить разумно на любую выходку или конфронтацию без гнева или ложного снисхождения, может поставить предел, если этого

не может сделать сам подросток, может признать ошибки и незнание чего-то и может открыто выражать всю полноту человеческих эмоций. Неудачные попытки исправить саморазрушающее и деструктивное поведение или пассивная реакция на манипулятивное и нечестное поведение расценивается как равнодушие или действие в тайном сговоре.

Индивидуальная амбулаторная терапия подходит для подростков, чьи нарушения заключаются в конфликтных эмоциях, а поведение не представляет опасности, и для тех, которые не настолько дезорганизованы, чтобы их надо было лечить в условиях стационара, а также в случаях, когда положение в семье достаточно благополучное и не оказывает отрицательного влияния на терапию. Такая терапия характеризуется фокусированием на внутрипсихических конфликтах и торможении, на значимости эмоций, установок и поведения, а также на влиянии прошлого и настоящего.

Противотревожные препараты можно применять у подростков, у которых тревожность иногда бывает высокой во время психотерапии.

Групповая терапия

Во многих случаях групповая терапия является нормальной окружающей обстановкой для подростков. Большинство лучше себя чувствуют со сверстниками, чем со взрослыми. Группа снижает чувство неравной силы между взрослым врачом и больным подростком. Участие зависит от готовности подростка и бывает разным. Не все потребности в интерпретации и конфронтации исходят от родительской роли врача; члены группы умеют воздействовать на нарушения поведения друг друга, и подросткам иногда легче слышать и воспринимать критические или вызывающие замечания от своих сверстников.

Групповая терапия обычно адресуется к межличностным и жизненно важным темам. Но некоторые подростки слишком хрупкие или имеют нарушения или социальные черты, слишком часто вызывающие насмешки у группы, поэтому им может потребоваться индивидуальная терапия для подкрепления силы эго, что помогает бороться со сверстниками. И наоборот, некоторые иногда нуждаются в разрешении межличностных отношений в группе прежде, чем они смогут взяться за внутрипсихические конфликты в интенсивной терапии один на один.

Семейная терапия

Семейная терапия является первичной модальностью, когда нарушения у подростка в основном отражают нарушения, имеющие место в семье (например, простые школьные фобии, побеги).

То же самое может относиться к проблемам развития, таким, как подростковая сексуальность или борьба за большую автономию, вызывающие семейный конфликт. Или семейная патология может быть более тяжелой, например, случаи кровосмешения и злоупотребления детьми. В этих случаях подросток также обычно имеет потребности в индивидуальной терапии, но семейная терапия обязательна, если подросток остается в семье или если ему придется в нее возвращаться. Серьезный характер патологии, такой, как тот, что лежит в основе антисоциальных и пограничных расстройств личности, развивается в случае высокопатогенных особенностей родительского обращения в раннем возрасте. Семейная терапия рекомендована во всех случаях, если только возможно, но большинство специалистов считают ее дополнительной по отношению к интенсивной индивидуальной психотерапии, когда индивидуальная психопатология в значительной мере интериоризуется и сохраняется независимо от текущего семейного статуса.

Лечение в специальных учреждениях

Специальные стационарные школы являются учреждением, предпочтительным для долговременной терапии, но больницы более подходят для острой неотложной помощи, хотя в больницах для подростков имеются также возможности для обучения, отдыха и приобретения профессиональных навыков в случае длительного лечения. Подростки, чьи семьи слишком патологические или невежественные, опасные для самих себя или других, и те, которые препятствуют возможности обеспечить устройство будущей нормальной жизни или которые слишком дезорганизованы, нуждаются по крайней мере на какое-то время во внешнем контроле с хорошо структурированной средой.

Длительная терапия является предпочтительным лечением при тяжелых расстройствах, считающихся полностью или частично психогенными по происхождению, например тяжелый дефицит эго, обусловленный ранней массивной депривацией и плохо поддающийся или совсем не поддающийся терапии. Тяжелая дезорганизация у пограничной личности, например, независимо от поведенческих проявлений, требует полностью корригируемого окружения, в котором регрессия возможна и безопасна, и может иметь место неудачное развитие эго. При психозах у подростков часто требуется госпитализация, но психотические подростки также хорошо реагируют на адекватное лечение, так что возможно проводить лечение амбулаторно, кроме случаев обострений заболевания. Подросткам, больным шизофренией с хроническим прогрессирующим течением, показана периодическая госпитализация.

Дневные стационары

В дневных стационарах, популярность которых неуклонно возрастает, подростки проводят день; там проводится терапия обычно как индивидуальная, так и групповая, а также программа образования и другие программы, а затем подросток отправляется вечером домой. По сравнению с полной госпитализацией дневные стационары не так дороги, и сами больные обычно предпочитают их.

СПЕЦИФИЧЕСКИЕ КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ

Атипичный пубертат

Изменения, связаные с пубертатом, которые начинаются на 2—2$^1/_2$ года раньше или позже среднего возраста, считаются нормой. Но своя внешность так важна для подростка, что в экстремальном случае в норме могут быть тяжелые субъективные переживания либо из-за слишком раннего повзросления и связанные с этими сексуальными или социальными стрессами, к которым он не готов, либо из-за запаздывающего повзросления, которое заставляет подростка чувствовать себя неполноценным и которое иногда является причиной исключения его из компании сверстников. Медицинское обследование, которое, даже если оно опровергнет предполагаемую патологию на основании необходимого клинического и лабораторного анализа, может оказаться недостаточным. Их отчаяние может выразиться в сексуальной активности или правонарушениях, замкнутости или неполадках в школе, настолько сильных, что может потребоваться лечение. Терапия должна проводиться также при сходных расстройствах у некоторых подростков, которые не могут достигнуть уровня своих сверстников в психологическом или физическом развитии, несмотря на нормальную пубертатную физиологию.

Употребление наркотиков

Некоторый опыт употребления наркотиков почти всегда имеется у подростков, и, конечно, все пробовали алкоголь. Но большинство не начинают злоупотреблять, особенно запрещенными веществами.

Постоянное употребление какого-либо вещества в любой степени является расстройствами. Такое употребление иногда служит защитой от депрессии или шизофренических нарушений, а иногда признаком характерологического нарушения у подростков, у которых возникает эго-дефицит, неадекватный пубертатным стрессам и требованиям подросткового периода. Однако многие наркотики, особенно кокаин, оказывают физиологически подкрепляющее действие, не зависящее от предыдущей психопатологии. Независимо от того, почему развилась наркомания, она само по себе становится проблемой. Развитие эго зависит от умения встретиться и адаптивно справиться с реальностью. Наркотики становятся как заменой избегания реальности, нарушающей развитие эго, так и средством, которое навсегда лишает их способности приобрести даже простейшие навыки управления реальной жизнью.

Когда наркотики употребляют в связи с болезнью или когда их употребление возникает как реакция на стресс или нарушения в семейной жизни, лечение соответствующих расстройств может способствовать излечению от наркомании. Внебольничная терапия, однако, обычно бывает бесполезной для хронических наркоманов, которым требуется структурированная обстановка, где наркотики недоступны.

Суициды

Суициды в настоящее время занимают третье место в качестве причины смерти подростков. Это заключительный этап многих различных нарушений, и их большая распространенность отражает тяжелую психопатологию. Некоторые исследователи считают, что в подростковом возрасте, в отличие от взрослого периода, больные шизофренией чаще совершают суициды, чем больные другими заболеваниями. Среди непсихотических подростков, более высокий риск суицидов у тех, родители которых совершали суициды, у которых не могут вырабатываться устойчивые привязанности и у которых имеют место импульсивное поведение или эпизодические нарушения контроля над собой, а также страдающие наркоманией. При многих суицидах у подростков обнаруживаются общие проблемы — значительные нарушения в семье и в социальной жизни в детстве и усиление субъективного отчаяния в пубертатном и подростковом возрасте под влиянием стрессов, за которыми следует суицидальная попытка, ускоряемая внезапным чувством потери какого-то лица или поддержки со стороны общества, которые рассматривались больным как что-то очень важное и близкое.

Нормальные потери в процессе развития детской зависимости, родительской заботы о ребенке в детстве также могут вызвать психогенную депрессию у подростков. Быстрые и экстремальные смены настроения у подростков вместе с трудностью справиться с окружающей действительностью в данный момент вносят вклад в катастрофический ужас и вызывают импульсивные суицидальные попытки в случае потерь, которые взрослые могут пережить. Обычно существующие у подростков магические элементы в мышлении нарушают у них чувство непоправимости смерти, что способствует более легкому совершению суицидов.

Как во время анализа, так и во время лечения, суицидальные мысли, планы и прошлые попытки должны открыто обсуждаться, если сами пациенты добровольно об этом не сообщают. Хронические или повторяющиеся мысли о смерти надо воспринимать серьезно, и следует обсуждать с подростком противоположные идеи — не совершать суицидальных попыток, а сначала сказать о них врачу и поговорить с ним на эту тему. Подростки обычно честно говорят об этом и либо принимают эту противоположную точку зрения, либо нет; если они отказываются принять ее, рекомендована госпитализация. Если имеются признаки серьезных защитных намерений, они могут быть так же полезны в терапевтическом плане, как и возможности провести или запланировать дальнейшее лечение в безопасной обстановке.

Тяжелые депрессивные расстройства

Тяжелая депрессия часто имеет место у подростков, но полная клинически выраженная картина наблюдается редко. Подростки стремятся использовать защиту, ориентированную на действие; они экстраполируют вовне и пытаются отреагировать, чтобы избежать боли, или потери, или появления чувства беспомощности и безнадежности. Может иметь место маскировка депрессивных нарушений правонарушениями, неразборчивостью в сексуальных связях, плохой успеваемостью в школе, злобой и раздражительностью и драками дома, а также с побегами и употреблением наркотиков. Вегетативных нарушений при депрессии может и не быть, даже если имеется биологический компонент.

Семейный анамнез в отношении тяжелой депрессии или алкоголизма при отсутствии у больного в детстве психических и поведенческих нарушений указывает на то, что возникшая депрессия будет успешно поддаваться терапии антидепрессантами. Биполярное расстройство может проявляться вначале в подростковом возрасте, но здесь также характер развития обычно окрашивает клиническую картину. Вспышки явного неповиновения, самоуверенности, величия и внезапных сексуальных действий являются некоторыми эквивалентами синдрома, наблюдающегося у взрослых. Маскируемые проявления бывает трудно распознавать, за исключением тех периодов, когда выражены проявления только одной депрессии. Депрессивные эквиваленты могут быть более хроническими, тогда как проявления

биполярного расстройства — более периодическими, а циклы часто бывают более быстрыми, чем у взрослых. Показано лечение антидепрессантами и литием.

На наличие расстройства настроения может указывать также и агрессия. Вспышки агрессии могут быть проявлением внезапной приступообразной потери контроля; это можно успешно лечить антидепрессантами или литием. Что касается применения психотропной терапии, каким бы ни было заболевание, у подростков труднее предсказать реакцию, чем у взрослых, а также дозы, которые будут эффективными. Электросудорожная терапия для лечения тяжелых депрессивных расстройств для подростков не показана.

Шизофрения

Оригинальный термин "dementia precox" возник из распознавания того, что то заболевание, которое сейчас называется шизофренией, часто возникает в подростковом возрасте. Заболевание существенно не отличается, когда оно начинается у подростков и когда у взрослых. Некоторые считают, что чем более раннее начало, тем большая генетическая или конституциональная предрасположенность и меньшая сила эго, не позволяющие справиться с требованиями жизни, которые усиливаются с возрастом, будут иметь место.

В подростковом возрасте клиническая картина бывает смазанной. Как и при депрессии, подростки с шизофренией используют защиту, ориентированную на действие (например, злоупотребляют наркотиками), но как ни парадоксально, вначале также возникает депрессия. James Masterson показал, что шизофрения оказалась наиболее трудным заболеванием в отношении возможности правильно поставить диагноз с самого начала. Дифференциальный диагноз между ним с тяжелыми расстройствами личности или депрессией часто не может быть поставлен, пока заболевание не разовьется более полно. Подросткам, страдающим шизофренией, иногда хорошо помогает лечение основными антипсихотическими препаратами. Осложнения особенно часто бывают связаны с тем, что подростки сопротивляются распоряжениям взрослых. В некоторых случаях бывает хороший эффект от длительной, интенсивной психоаналитической психотерапии.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

Aichhorn A. Wayward Youth. Viking Press, New York, 1965.
Bios P. On Adolescence. Free Press, New York, 1962.
Erikson E.H. The problem of ego idenity.—J. Am. Psychoanal. Assoc, 1966, 4, 56.
Feinstein S.C., Miller D. Psychoses of adolescence.— In: Basic Handbook of Child Psychiatry/Ed. J.D. Noshpitz. Basic Books, New York, 1979.
Freud A. Adolescence. Psychoanal. Study Child, 1958, 16, 225.
Freud A. The Ego and the Mechanism of Defense. International Universities Press, New York, 1946.
Group of the Advancement of Psychiatry Normal Adolescence, vol. 6, Report 68, February 1968.
Masterson J.F. The Psychiatric Dilemma of Adolescence. Little Brown, Boston, 1967.
Peterson A.C., Taylor B. The biological approach to adolescence.—In: Handbook of Adolescent Development/Ed. J. Adelson. Wiley, New York, 1980.
Schowalter J. E., Any an W. R. The Family Handbook of Adolescence. Knopf, New York, 1979.

Глава 39

ГЕРИАТРИЧЕСКАЯ ПСИХИАТРИЯ

ВВЕДЕНИЕ

Физиологические изменения, возникающие с возрастом, включают такие хорошо известные особенности, как замедление мышления, легкое непрогрессирующее снижение памяти, редукция энтузиазма, повышение осторожности, изменение характера сна с тенденцией вздремнуть днем и сдвиг либидо от гениталий в направлении пищеварительного тракта и внутренних органов.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ

Старение—термин, который можно использовать для обозначения психопатологии и явлений, сопровождающих поздний период жизни — является кризисом в отношении замедленности движений. Большинство изменений постепенные и прогрессирующие. В возрасте от 30 до 40 лет изменение нервной проводимости и минутного объема сердца, например в количественном отношении, такие же как в возрасте от 60 до 70 лет. Согласно теории старения, тело понемногу умирает каждый день.

Старческий возраст можно все же рассматривать как следующую фазу развития в человеческой жизни — фазу развития в том отношении, что она не является статичной — и защитные реакции на различные виды физического и психосоциального дефицита могут быть как старыми, так и вновь приобретенными. Каждая фаза в жизненном цикле человека имеет специфические травматические элементы, которые подходят и соответствуют только этой определенной группе. Пожилые люди, однако, имеют много следов от пережитых в течение жизни страданий.

У пожилых отмечается тенденция к отсоединенности от основного потока человечества, а не стремление быть продолжением его континуума. По самой своей природе старческий возраст является отчетливо различимым и поэтому его легко обозначить как диагноз, для которого иногда лечение не применяют и им пренебрегают.

ДИАГНОЗ

Точный психиатрический диагноз у пожилых людей может представлять значительные трудности. Психическое заболевание может проявляться физическими нарушениями и признаками, та-

кими как снижение массы тела, запор, сухость во рту, изменения в сердечной деятельности и артериальном давлении, а также тремор. Обычно имеют место расстройства осознания, настроения, восприятия, мышления.

Физическое состояние

Надо иметь в виду возможность наличия целого ряда типичных физических нарушений, когда проводятся обследования психически больного в старческом возрасте, поскольку эти нарушения могут вызывать и изменения психики. Токсины бактериального и метаболического происхождения очень характерны для старческого возраста. Бактериальные токсины обычно возникают в скрытом или неосознаваемом очаге инфекции, таком, как очаг пневмонии и инфекции мочевыводяших путей. Наиболее частая интоксикация метаболического происхождения, обусловливающая психические нарушения у стариков,— это уремия. Диабет, нарушения функций печени, подагра могут быть также нераспознанными причинами нарушений. Алкоголь и наркотики вызывают много психических расстройств в позднем периоде жизни, но эти злоупотребления со своими характерными особенностями легко распознавать из истории болезни.

Церебральная аноксия, являющаяся результатом сердечной недостаточности или эмфиземы, или обоих, часто ускоряют возникновение психических нарушений у стариков. Спутанность в результате аноксии может наступить после операции, инфаркта миокарда, желудочно-кишечного кровотечения, окклюзии или стеноза сонной артерии. Нарушение питания может быть не только результатом эмоциональных расстройств, но также вызывать психические расстройства. Часто имеет место витаминная недостаточность. При физическом осмотре в старческом возрасте необходимо исключить все виды дефицитов.

Психическое состояние

При сборе психиатрического анамнеза у стариков врач должен подчеркивать те компоненты, которые особенно свойственны данной возрастной группе.

Особенности внешнего поведения могут проявляться в двигательной активности, ходьбе, экспрессивных движениях и в манере больного разговаривать. Иногда они могут обнаруживаться при исследовании терапевта, а история болезни составляется со слов других.

Расстройство настроения можно обнаружить и в движениях больного. Но врач должен убедиться в наличии эйфории, печали, отчаяния, тревоги, напряжения, потери чувствительности и нарушений в идеаторной сфере. Больной часто жалуется на соматические

ощущения, которые могут, в известном смысле, явиться эквивалентом выражения эмоций.

Оценка психического состояния больного должна быть полной и подробной и включать собственное описание больным своего состояния и своих ощущений.

Патология когнитивной функции может быть результатом депрессивных и шизофренических расстройств, но особенно часто она бывает связана с церебральными нарушениями. Во многих случаях интеллектуальные нарушения не очевидны, поэтому надо вести их целенаправленный поиск.

ПСИХИЧЕСКОЕ СОСТОЯНИЕ

Психические расстройства в старческом возрасте довольно типичны. Причины разные, причем часто течение осложняется наличием органического поражения мозга.

Органический психосиндром

Органический психосиндром является психическим состоянием, связанным с нарушением функции или омертвением мозговой ткани. Расстройство имеет отчетливые особенности: дезориентировку во времени, месте и личности; нарушение интеллекта; расстройства памяти; нарушение критики; дефект понимания; нарушение непосредственного воспроизведения и эмоциональная неустойчивость.

Частота заболевания болезнью Альцгеймера составляет 50% среди населения домов престарелых, составляющего 1,3 млн. Это частый тип сенильных нарушений, поражающих миллионы людей во всем мире; оно вызывает более 100000 смертей в год в США. Нарушения памяти при болезни Альцгеймера приводят к полной потере трудоспособности. Наиболее серьезные нарушения при болезни Альцгеймера тесно связаны с накоплением в нейронных клетках протеинов, имеющих патологическую структуру, представляющую собой нейрофибриллярное сплетение, разрушенное или измененное воспалением нерва (болезнь Альцгеймера и органический психосиндром обсуждаются в главе 4).

Различные лекарства также могут обусловить психические нарушения у всех больных, но особенно у пожилых. Эти нарушения могут быть результатом применения слишком больших доз препарата или неправильного пользования инструкцией. Типичные признаки включают спутанность, делирий, дезориентировку и депрессию. Если больной начинает галлюцинировать или если у него развивается параноид, клиническая картина становится похожей на шизофреническую.

Недавно появились исследования, в которых говорится о том, что определенные лекарства вызывают психические нарушения у пожилых людей. Эти нарушения обычно заключаются в депрессии, ажитации и делирии. Некоторые из этих препаратов следующие: скополамин, глазные капли, содержащие атропин, циметидин, ибупрофен, индометацин, леводопа, тимолол, тразодон и рантидин.

Психические нарушения обычно прекращаются после отмены препарата, но врач должен также помнить о реакции на отмену, особенно в том случае, если прием резко обрывается.

Шизофреническое расстройство

В отношении шизофрении, наблюдающейся у стариков и начавшейся в позднем возрасте, существует большая путаница. Эта путаница основана на спорах по поводу связи между парафренными, параноидными и шизофреническими расстройствами. В настоящее время общепринятой точки зрения нет. В Европе больным с параноидным симптомокомплексом ставится диагноз: поздняя парафрения, если нет признаков органической деменции или устойчивой спутанности. Бредовые и галлюцинаторные проявления при этом не связаны и с тяжелыми расстройствами настроения.

В целом, параноидные симптомы, как правило, являются защитой против постепенной утраты способностей. Таким образом, пожилые люди, особенно страдающие заболеваниями предстательной железы или находящиеся в постоперативном состоянии, обнаруживают бред относительно неверности жены. Женщины часто жалуются, что за ними шпионят, их подвергают стимуляции спрятанными электрическими приборами, отравляют запахами. Эти симптомы — проявление защиты против постепенной утраты контроля и возникающих в результате ее страха. Они представляют собой крик о помощи.

Пожилые больные шизофренией обнаруживают хороший эффект под влиянием фенотиазинов; однако, как и всегда при лечении стариков, их надо применять строго по инструкции. Надо начинать с малых доз и постепенно повышать их до достижения индивидуальной толерантности у больного, все время не забывая, что метаболизм пожилых и механизмы дезинтоксикации не так хорошо функционируют, как у более молодых больных шизофренией.

Шизофренические и параноидные симптомы у пожилых почти всегда поддаются влиянию антипсихотических препаратов. Например, можно лечить аминазином или тиоридазином, начиная с 10 мг три раза в день и доходя до 50 мг четыре раза в день; это обычно снижает возбуждение, беспокойство и ажитацию.

Расстройства настроения

Депрессия в пожилом возрасте наблюдается очень часто. Позднее начало депрессии по сравнению с более ранним началом может указывать на более благоприятный прогноз в отношении эмоциональной, социальной и психосоциальной адаптации. Большинство первых депрессивных приступов, особенно тяжелых, появляется во второй половине жизни. Наибольшая частота их возникновения имеет место в возрасте 55—65 лет у мужчин и 50—60 лет у женщин. Независимо от наличия ранее невротических или психотических симптомов, начало всегда бывает после какого-либо травматизирующего события. Все эти события могут быть классифицированы как различные виды потерь, например, горе по поводу смерти близкого человека, расставание с детьми, утрата социального положения, лишение работы и заболевание супруга. Подобные события чаще имеют место во второй половине жизни, чем в первой.

Антидепрессанты, особенно трициклические, хорошо влияют на депрессивные расстройства. В случае резистентности к медикаментозной терапии можно лечить электросудорожной терапией.

Маниакальные и **гипоманиакальные расстройства.** Маниакальные и гипоманиакальные состояния встречаются менее часто, чем депрессии. Тем не менее они могут возникать в позднем возрасте. Больной и члены его семьи не распознают гипоманиакальной фазы биполярного расстройства, поскольку она приписывается сенильной агрессивности, гиперактивности и плохой критике. Затем обычно следует депрессивная фаза, которая может быть такой короткой, что также ускользает от внимания ближайшего окружения больного. Обычно имеют место враждебное или параноидное поведение. В этих случаях для лечения с успехом применяется литий.

Неврозы. Широко распространено мнение о том, что большинство неврозов и расстройств личности проходит с возрастом. Действительно, старые люди реже направляются врачом или членами семьи к психиатру. И центры психического здоровья отмечают, что пожилые люди составляют лишь небольшой процент больных.

Тем не менее неврозы занимают значительное место среди расстройств позднего периода жизни. Действительно, частота неврозов значительно больше, чем психозов, и все же им уделяется мало внимания, поскольку при них нет полного разрыва с действительностью.

Ипохондрия. Ипохондрия — необычайная поглощенность какими-то функциями организма, очень типична для пожилого возраста. Чрезмерная ипохондрическая озабоченность часто провоцируется преувеличенным представлением о том, какая активность была раньше, и какой она стала из-за физических ограниче-

нии с возрастом, а также тем, что некоторые социоэкономические группы считают чрезмерную озабоченность функциями организма нормальным поведением. Однако, когда остается меньше стоящих дел, чем было в прошлом, и когда ничто не отвлекает человека от мыслей о самом себе, легче замечать и разговаривать о мелких нарушениях и проявлениях. В целом, чем старше люди, тем больше у них пережитых болезней, операций, несчастных случаев и тем легче им почувствовать себя больными и в опасности. Кроме того, озабоченность своим здоровьем помогает выйти из положения, когда что-то не удается. «Я болен и поэтому не мог»... является более частым объяснением, чем правдивое, но не престижное «**Я** не мог».

Расстройства в виде тревожности. Расстройства в виде тревожности не являются полностью новыми переживаниями для старых людей. При одинаковых условиях реакции сходные, и когда наступает угроза безопасности, и когда сталкиваются с эмоциональными проблемами. Так как угроза безопасности и реально вызывающие тревогу ситуации типичны для жизни в старости, тревожные состояния возникают легко. Недавно полученные факты свидетельствуют, что клетки синего пятна, которые продуцируют норадреналин и серотонин (лежащие в основе биологических проявлений тревоги), уменьшаются по своей численности. Это может обусловливать снижение симптомов тревожности у некоторых лиц по мере старения, и это также может объяснить наличие депрессии в результате понижения количества нейротрансмиттеров.

Обсессивно-компульсивные расстройства. Обсессивно-компульсивные расстройства и паттерны в позднем периоде жизни сходны с теми, которые наблюдаются в молодости. Компульсивных людей можно узнать по чрезмерной добросовестности, стремлению к совершенству, порядку, повышенному вниманию к деталям и сомнению относительно самих себя и своих способностей. Некоторые из этих особенностей можно рассматривать как достойные похвалы, но они в то же время преуменьшают достоинства людей и лишают их уверенности в себе. Такие проявления могут приобретать форму чрезмерного стремления к чистоте и порядку, неизменные ритуалы, предохраняющие от ошибок, опасности и даже мыслей. Они могут бесконечно считать; компульсия, направленная на то, чтобы без конца выполнять какие-то действия снова и снова — такие, как проверка и перепроверка, закрыт ли газ, замок или водопроводный кран; ритуалы в еде, одевании, экскреции, а также постоянное мытье рук. Любая попытка остановить эти компульсивные действия вызывает острую и непереносимую тревогу, так как эти проявления являются попыткой больного предотвратить полную дезинтеграцию. Терапия, таким образом, должна быть направлена как на окружающую обстановку, так и на сами симптомы.

Истерические неврозы. Истерические неврозы не типичны для

настоящего времени. Классическая картина истерии с нарушением функции какой-либо части тела — как при истерическом параличе, слепоте или глухоте — тогда как остальные части тела могут продолжать функционировать без нарушений, у пожилых людей наблюдается редко. Что можно видеть часто, так это обострение небольших нарушений физического характера.

Расстройства сна. В противоположность популярному мифу, старикам нужно спать так же много, как они спали в более молодые годы, если не больше. Однако жалобы на бессонницу являются типичными. В некоторой степени эти жалобы больше отражают нарушения сна, чем бессонницу. Нарушения сна могут быть связаны с более частой потребностью помыться, после чего трудно опять заснуть. Более того, многие старики (пенсионеры, безработные, неактивные и неучаствующие в жизни окружающих) любят «поклевать носом» в кресле во время бодрствования — привычка, которая может препятствовать тому, что называется хорошим ночным сном.

Когда бессонница не сопровождается делирием или психотической реакцией, эти трудности можно преодолеть с помощью обычных снотворных. Когда бессонница сопровождается психотической реакцией или депрессией, можно улучшить сон с помощью фенотиазинов или трициклических антидепрессантов.

ТЕРАПИЯ

Психотерапия

Лечебные мероприятия при большинстве нарушений должны включать получение удовольствия. Следует принимать во внимание снижение бодрости, подвижности и способности к обучению в позднем возрасте, но, кроме этого, терапия должна проводиться по тем же правилам, что и для других возрастных групп.

Тип терапии, который будет применен у пожилых, зависит от ряда факторов. Во-первых, следует оценить физическое состояние больного, чтобы узнать, какой объем лечения можно проводить. Во-вторых, надо оценить, может ли больной получать терапию с точки зрения его или ее предшествующей адаптации и уровня ее нарушений, способности установить необходимый контакт с врачом и степени, до которой состояние больного можно изменить. В-третьих, следует определить, являются ли имеющиеся нарушения чем-то новым в жизни больного или продолжением длительно существующей невротической структуры личности. Все эти определения могут быть сделаны только опытным специалистом, на котором лежит ответственность решить, какой тип лечения назначить и кто будет проводить его.

Общая цель лечения всех гериатрических больных — улучшить их психические, физические и социальные способности. Техника изменения мотивации направлена на сдвиг желания больного со

смерти на желание жить. Их поощряют установить новые социальные отношения и восстановить старые, а также возродить или завести новые интересы к церкви, выздоровлению, играм и домашней деятельности в тесной близости к другим людям. Их вдохновляют также начать взаимопомощь и принять активное участие в жизни других.

Фармакотерапия

При проведении фармакотерапии пожилым людям следует соблюдать определенные правила.

Прежде чем прописать антипсихотическое вещество, врач должен точно установить показания, а для этого необходимо изучить соматический и психиатрический анамнез; стрессы, имеющиеся в настоящее время; какие лекарства принимает больной — рекомендованные врачом или свободно продающиеся; результаты исследования психического статуса и физического состояния, а также данные лабораторных анализов. Особенно полезно, чтобы члены семьи сообщили обо всех препаратах, которые принимает пациент, так как взаимодействие этих препаратов может вызвать усиление ряда нарушений. Если больной принимает психотропные средства ко времени, когда проводится исследование, имеет смысл, если можно, прекратить их прием и произвести повторный осмотр больного вне терапии. Дело в том, что психотропные препараты сами по себе, а также в сочетании с другими лекарствами могут вызывать ряд нарушений.

Необходимо отметить наличие стрессов, например, смерть кого-то из членов семьи, которая может обусловливать поведение больного. В таких случаях состояние можно улучшить с помощью психотерапии, чем с помощью малых транквилизаторов. Большинство антипсихотических препаратов следует назначать в дробных дозах три или четыре раза в день в течение 24-часового периода, поскольку пожилым больным трудно бывает перенести внезапный подъем артериального давления после высокой дозы препарата.

Все изменения артериального давления, скорости сердечных сокращений и другие побочные действия надо фиксировать. Для больных с бессонницей, однако, желательно давать основную дозу антипсихотиков и антидепрессантов на ночь, чтобы получить седативный и усыпляющий эффект. Жидкие препараты показаны старым больным, которые не хотят или не могут глотать таблетки.

Больных надо часто обследовать, чтобы определить необходимость в поддерживающей терапии, изменении дозы и развитии побочных эффектов. Антипаркинсонические средства, препятствующие развитию экстрапирамидных побочных действий, возникающих при лечении большинством больших транквилизаторов, следует применять только по показаниям, а не как профилак-

тические средства, поскольку они могут усиливать развитие антихолинергических побочных действий. Если требуется использовать антипаркинсонический препарат, его надо отменять после 4—6 нед, поскольку лишь 18—20% больных, у которых явления паркинсонизма прекращаются, имеют рецидивы экстрапирамидных расстройств. Если экстрапирамидные расстройства легкие, повышение дозы антипсихотиков может спровоцировать их усиление, и появится необходимость в применении антипаркинсонического препарата.

Если антипсихотики показаны при таких нарушениях, как ажитация, бред и галлюцинации, предпочтительным препаратом является тот, который не вызывает серьезных физических осложнений. Например, пожилой психотический больной, у которого имеются нарушения со стороны сердечно-сосудистой системы, может быть особенно чувствительным к гипотензивным побочным действиям препаратов фенотиазинового ряда, таким, как аминазин. Галоперидол, который вызывает меньшую гипотензию, чем фенотиазины, для такого больного является предпочтительным. Напротив, фенотиазин, а не галоперидол, лучше для пожилого больного, у которого имеются нарушения координации движений, поскольку галоперидол вызывает больше экстрапирамидных нарушений, чем фенотиазины.

Пожилые люди, особенно те, которые имеют органические болезни, очень подвержены влиянию побочных эффектов антипсихотиков. Два характерных побочных эффектов будут обсуждаться. Первый, поздняя дискинезия, характеризуется уродующими непроизвольными щечными и язычными жевательными движениями. Акатизия, хореиформные движения туловища и ритмические движения сгибания и разгибания пальцев также могут иметь место. Исследование высунутого языка больного на тремор и червеобразные движения также полезно для постановки диагноза.

Вторым побочным эффектом является токсическое состояние спутанности, появляющееся в результате антихолинергических свойств одного препарата или их комбинации, такой как антипсихотик, антипаркинсонический препарат и трициклический антидепрессант. За счет центрального антихолинергического синдрома иногда наблюдается выраженное кратковременное расстройство памяти, нарушение внимания, дезориентация, тревога, зрительные и слуховые галлюцинации, усиление психотического мышления и периферические антихолинергические побочные действия. Этот синдром иногда трудно распознать, особенно у больных с психотической симптоматикой, спутанностью и ажитацией до тех пор, пока не разовьются побочные эффекты. Начало может ознаменоваться ухудшением психотического состояния, в результате чего синдром может быть ошибочно принят за обострение психоза, что, в свою очередь, иногда приводит к увеличению дозы

и еще большему нарастанию нарушений. Антихолинергические свойства антипаркинсонического препарата могут быть причинным фактором. Из-за того, что многие пожилые люди принимают и антипсихотик, и антипаркинсоническии препарат, наиболее разумно отменить антипаркинсоническии препарат и снизить дозу или отменить антипсихотический или оба препарата. Состояние спутанности обычно проходит в течение 1—2 дней после отмены препарата или препаратов.

Пожилым людям с тревогой в легкой или умеренной степени можно рекомендовать анксиолитики. Эффективная доза обычно меньше, чем у других взрослых людей. Хлордиазепоксид или диазепам в дозах 5—10 мг два или три раза в день часто оказывают хорошее действие. Эти препараты можно также назначать перед сном в связи с их снотворным эффектом. По сравнению с барбитуратами, бензодиазепины имеют более высокое соотношение терапевтического эффекта и побочных действий и поэтому считаются более безопасными. Однако они также могут вызывать привыкание и вызвать парадоксальные эффекты, характеризующиеся спутанностью, дезориентировкой, возбуждением и усилением психотической симптоматики.

Депрессия — наиболее частое психическое расстройство у пожилых людей; действительно, по уровню суицидов первое место занимают люди пожилого возраста. Депрессии очень типичны для пожилого возраста, и, как правило, они хорошо поддаются психотерапии. Трициклические антидепрессанты, так же как амитриптилин и имипрамин, могут использоваться вначале в дозах 50—75 мг/сут, а затем доза постепенно увеличивается в соответствии с реакцией больного и побочными эффектами. Тем не менее необходимо тщательно следить за состоянием сердечно-сосудистой системы. Трициклические антидепрессанты, подобно другим психотропным препаратам, имеют больше побочных эффектов у пожилых больных, чем у более молодых. Это относится и к антихолинергическим побочным действиям: обострению психотической симптоматики, экстрапирамидным симптомам и тремору, центральному антихолинергическому синдрому и кардиотоксичности. Оптимальная доза у разных пожилых больных варьирует; варьирует также и доза, при которой развиваются побочные действия. Больные, не чувствительные к одному трициклическому антидепрессанту, могут реагировать на другой. Если больной все еще депрессивен, несмотря на интенсивную психотерапию и на курс лечения одним или более антидепрессантами, надо рассмотреть вопрос о госпитализации. В больнице надо решить, чем лечить такого больного — ингибитором моноаминооксидазы, таким как фенелзин (Phenelzine), или электросудорожной терапией.

Читатель может обратиться к главе 31, в которой приводится обзор по органической терапии.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

Butler R. N.. Lewis M.I. Aging and Mental Health, Positive Psychosocial Approaches. Mosby, St. Louis, 1973.

Committee on Leadership for Academic Geriatric Medicine Academic Geriatrics for the Year 2000. Division of Health Promotion and Disease Prevention, Institute of Medicine, National Academy Press, Washington, DC, 1986.

Eslinger P., Damasio A., Benion A., Van Allen M. Neuropsychologic detection of abnormal mental decline in older persons.—JAMA, 1985, 253, 670.

Greenblatt D.J., Abernethy D. R., Shader R.I. Pharmacokinetic aspects of drug therapy in the elderly.— Therapeutic Drug Monitoring, 1986, 8, 249.

Jarvik L. F., editor APA Task Force on Treatment of Organic Mental Disorders. American Psychiatric Association, Washington, DC, 1987.

Lazarus L. W., Growes L. Brief psychotherapy with the elderly: A study of process and outcome.— In: Treating the Elderly with Psychotherapy: The Scope for Change in Later Life/Eds. J. Sadavoy, M. Lescz. International Universities Press, New York, 1987.

Lazarus L. W., Newton N., Cohler B. Frequency and presentation of depressive symptoms in patients with primary degenerative dementia.— Am. J. Psych., 1987, 144, 41.

Osgood N.J. Suicide in the Elderly. Aspen Systems Corp. Rockville, MD, 1985.

Plotkin D. A., Geislum S. C, Jarvik L. F., Meltzer H. Y. Antidepressant Drug Treatment in the Elderly in Psychopharmacology: The Third Generation of Progress. Raven Press, New York, 1987.

Roth M. Multidimensional diagnosis in gerontopsychiatry.— In: Geropsychiatric Diagnostics and Treatment/Ed. M. Bergener, p. 125. Springer, New York, 1983.

Глава 40

СУДЕБНАЯ ПСИХИАТРИЯ

ВВЕДЕНИЕ

Единство закона и психиатрии, называемое судебной психиатрией, включает следующие проблемы: доверие свидетельским показаниям; виновность обвиняемых лиц; способность составить завещание, заботиться о своем имуществе, а также способность предстать перед судом; возмещение ущерба потерпевшим; опека над детьми.

Другие заслуживающие внимания области: помощь в выборе присяжных и подготовка экспертных заключений для лиц, имеющих условный приговор. Кроме того, является важным для психиатров и других врачей вопрос о профессиональной непригодности или об уголовно наказуемых противозаконных действиях.

СУДЕБНЫЙ ПРОЦЕСС

Перед рассмотрением специфических вопросов, возникающих в связи с отношениями между психиатрией и законом, нужно вспомнить правила судебного производства и дачи свидетельских показаний, которые относятся ко всем юридическим вопросам.

Во-первых, судебный процесс ведется в обстановке противостояния противнику, а не в обстановке содружества, как это имеет место в медицине. В системе противостояния ожидается, что каждая сторона будет настаивать на своей правоте, а судья или присяжные должны решить на основе свидетельских показаний кто прав. Стороны разбиваются на противоположные лагеря. Фактически, адвокат становится подобным продавцу, продающему «кота в мешке». Если же эксперты решат присоединиться к защите, они также становятся защитниками на процессе, хотя иногда пользуются нейтральными выражениями. Адвокаты обращаются к экспертам или другим свидетелям, дающим показания, только если они представляют интересы своих клиентов.

Правила дачи свидетельских показаний представляют собой правила исключения. Возражения могут быть высказаны либо к форме, в которой задан вопрос, либо к существу высказываемого показания. Свидетель, как правило, выступает в пользу той или другой стороны. Следовательно, адвокату не обязательно зада-

вать наводящие вопросы — вопросы, которые подразумевают желаемый ответ — людям, которых они пригласили в свидетели, но адвокаты противоположной стороны могут устроить перекрестный допрос, если свидетель рассматривается, как недружественное лицо. Таким образом, в перекрестном допросе по отношению к психиатру, проводящий его обычно старается оспаривать психиатрические методы сбора информации и составления заключения.

ПСИХИАТР В СУДЕ

Наиболее часто в суде психиатр выступает как эксперт, специалист-медик по психическим расстройствам. Поэтому психиатра могут попросить пройти проверку на компетенцию, способность к проведению экспертизы, спросить о диагнозе, лечении или вменяемости.

Психиатр как эксперт-свидетель

Когда психиатры-эксперты дают показания, они должны представить свою информацию в трех различных аспектах. Во-первых, они должны представить и обсудить свои психологические теории, которые они связывают с настоящим судебным делом. Во-вторых, они должны описать во всех подробностях свои наблюдения, включая такие вещи, как точное цитирование того, что сказал больной, информацию, обнаруженную в документах, и сведения, полученные со слов членов семьи пациента, значимые для него или для нее. В-третьих, диагностические и юридические заключения, сделанные на основании исхода судебного разбирательства, надо построить так, чтобы их логика могла быть проверена полностью и при проверке фактов не возникла путаница.

Во время совещаний, проводимых с адвокатом до суда, психиатр должен помочь ему научиться пользоваться данными эксперта противостоящей стороны. Кроме того, путаница от внешне похожих, но на самом деле различных экспертных точек зрения, может быть уменьшена, если, хотя исследование будет проводиться разными врачами, они затем напишут общий отчет.

Суд может назначить своего собственного психиатра-эксперта и сообщить об этом. Кроме ситуации, когда эксперты работают с одной или другой стороной, суд иногда назначает экспертов, которые делают сообщения относительно обеих сторон.

Показания с чужих слов. Закон запрещает использовать показания с чужих слов, т. е. заявления, сделанные вне суда, имеющие целью доказать правоту разбираемого дела.

Но из этого правила существуют исключения. Одно такое исключение позволяет лечащему врачу повторить заявление больного, сделанное врачу, о нарушении его здоровья. Но традиционная доктрина исключает из этого допущения, **как**

не гарантирующие правдивость, заявления, сделанные врачом, приглашенным только как эксперт-свидетель.

В криминальных случаях характер обвиняемого иногда привлекает внимание адвоката в том аспекте, что можно обратиться с просьбой о помиловании, и этот вопрос может быть рассмотрен судьей в пользу вынесения предварительного приговора или приговора об освобождении подсудимого на поруки.

Обязательные заключения в суде. В некоторых судебных ситуациях врача просят быть консультантом в суде. Из-за того, что суду может потребоваться медицинская информация, врачам это не очень нравится, так как им приходиться нарушать конфеденциальную связь с больными, имеющуюся в частной практике. Врачи, которые делают такие обязательные заключения, нарушают этические и в какой-то степени юридические обязательства, поэтому они должны так объяснить все больным, чтобы те поняли эту ситуацию.

Оценка достоверности показаний испытуемых. Давать согласие на проведение психиатрической экспертизы имеет право судья. Перед тем, как назначить такую экспертизу, судья ищет факты, указывающие на то, что экспертиза необходима для уточнения происшедшего и что ее проведение или беспокойство испытуемого по этому поводу не перевесят значения самой экспертизы. Многие суды ограничивают психиатрическую экспертизу случаями, когда потерпевшая сторона жалуется на изнасилование и другие сексуальные оскорбления, при которых подтверждающие доказательства почти всегда построены на косвенных уликах. В случае кровосмешений, например, оба, отец и дочь, могут отрицать этот факт, на котором упорно настаивает мать, а в некоторых случаях, отец отрицает, а мать поддерживает его отрицание; иногда дочь, обвинив вначале отца, затем отказывается от обвинения. Психиатры считают, что разобраться в этой путанице можно только с помощью психиатрической экспертизы всей семьи. Распознавание ложных сексуальных обвинений, которые возникают из-за психологических комплексов у жертвы, которая юристу кажется нормальной личностью, иногда требуют, чтобы суд разрешил психиатрам исследовать психические дефекты, истерию или патологическую лживость в жалобах испытуемых. Либеральное отношение к этой области, возможно, связано с тяжестью обвинения, отсутствием прямых доказательств и, возможно, с распространенным ощущением, что секс является особенностью, которая входит в компетенцию психиатров.

Право на привилегию. Право на привилегию — это право на сохранение тайны и конфеденциальности в случае вызова в суд. Эта привилегия принадлежит больному, а не врачу, и может быть отклонена больным. В настоящее время от 38 до 50 штатов имеют статус, обеспечивающий определенные привилегии отношениям врач — больной.

Психиатры, имеющие разрешение на практическую работу, также могут потребовать медицинской привилегии, но они находят, что этому ставится столько ограничений, что данная процедура становится практически бесполезной. Привилегия распространяется на отношения врач — больной. Более того, привилегии не существуют и в военных судах, независимо от того, является ли врач военным или гражданским, или от того, признаются ли они в данном штате, где происходит судебное разбирательство. Имеются многочисленные исключения, касающиеся привилегий, которые часто рассматриваются как объекты предполагаемой отмены. Наиболее частым случаем является такой, когда больному говорят, чтобы он отказался от этой привилегии, введя свои условия в судебные дело, делая таким образом эти условия элементом своего требования или защитой. Другим исключением является процедура госпитализации, в которой интересы как больного, так и публики призывают к отходу от конфиденциальности. Еще одним исключением являются случаи установления опеки над детьми и процедуры защиты ребенка для соблюдения его интересов. Более того, привилегия не касается отношений между врачом и больным. При решении спора о гонораре адвокат больного может получить необходимую информацию, изучая записи врача.

Резюмируя, можно отметить, что конфиденциальность связей врач — больной или психотерапевт — больной защищается в суде тем, что можно раскрывать только тот факт, что эти связи неадекватны, или же ссылаться на материалы, имеющиеся в деле.

КОНФИДЕНЦИАЛЬНОСТЬ

Длительно существующие принципы врачебной этики обязывают врача хранить в секрете всю информацию, данную ему или ей больным. Это обязательство и включает понятие, называемое конфиденциальностью. Необходимость осознать, что понятие «конфиденциальность» относится к одной части населения и не относится к другой. Т. е. можно выделить группу, находящуюся «внутри» круга конфиденциальности; владение информацией членами этой группы не требует специального разрешения от больного. Внутри этого круга персонал, обслуживающий больного, врачи и консультанты. Группа, находящаяся вне круга, включает семью больного, адвоката, а также прежнего лечащего врача. Чтобы поделиться информацией с этими лицами, требуется получить согласие больного. Тем не менее имеются многочисленные примеры, когда психиатра могут попросить обнародовать информацию, доверенную ему больным. Психиатра особенно беспокоит, что эта информация требуется именно суду, хотя наиболее часто это требование выдвигается одним из страховщиков, которые, хотя и не могут заставить дать им информацию, но могут перестать приносить пользу без нее. Кроме поставленных законом требований о раскрытии тайны и юридической необходимости этого, необязательно обнародовать эту информацию даже судебной администрации. В целом сам больной или сама больная могут поделиться информацией с властями и психиатрами, чтобы они помогли добиться привилегий, например, получить работу, материальную помощь или страховку.

СТРАХОВКА, НАДЗОР И ОБСЛЕДОВАНИЕ

Увеличение охвата сферы здоровья страховкой усиливает озабоченность по поводу конфиденциальности и концептуальной модели психиатрической практики. На сегодня по страховке выплачивается около 70% всех счетов в области здравоохранения, и, чтобы обеспечить страхование, чиновники должны получить информацию, которая позволила бы оценить размер налога и стоимость различных программ социального обеспечения. По отношению к проблеме содержания под надзором конфиденциальность, рассматриваемая как абсолют, может препятствовать качеству контроля над помощью. Качество контроля создает необходимость рассмотрения случаев, касающихся некоторых больных и врачей, а также определения случаев, когда требуется раскрытие информации. Врач, который прикреплен к больному, также должен «проделывать брешь» в конфиденциальности своего больного, чтобы обсудить данный случай с лицом, осуществляющим надзор.

Имеется юридически обоснованное право на лечение, индиви-

дуализированное для больных, помещенных в специальные учреждения службы психического здоровья, основанное на программе этих учреждений.

ЗАПИСИ О БОЛЬНЫХ

В целом специалисты должны быть благонадежны во многих аспектах: к клиентам, к обществу и к своей профессии. С помощью записей они делятся знаниями и опытом, обеспечивая информацию, которая может быть ценной для других специалистов и для публики. Но это нелегко написать о психически больном, не нарушив конфиденциальности своей связи с больным. В отличие от соматических болезней, которые можно обсудить без того, чтобы кто-то расспросил больного, психиатрическая история болезни неизбежно включает обсуждение отличительных характеристик данного больного.

ОБНАРОДОВАНИЕ ИНФОРМАЦИИ РАДИ БЕЗОПАСНОСТИ БОЛЬНОГО И ДРУГИХ ЛЮДЕЙ

В некоторых случаях психиатру приходится обнародовать информацию ради спасения больного или других людей.

Бывают случаи, хотя их и немного, когда важным может оказаться сообщение психотерапевта, но иногда возникает конфликт между ответственностью врача по отношению к данному больному и по отношению к другим лицам.

В некоторых ситуациях врач обязан сделать сообщение властям, как это требует закон. Классическим примером обязательности сообщения властям является случай, когда больной эпилепсией водит автомобиль. Другой пример, в котором за сокрытие полагается наказание, например, когда имеет место злоупотребление ребенком. По закону врач обязан сообщить о случаях, когда злоупотребление ребенком наблюдается со стороны служащих соответствующих организаций. Расширенное определение того, что представляет злоупотребление ребенком, по закону в некоторых судопроизводствах включает и эмоциональные, и физические оскорбления. По этим законам врач, который узнает, что его больной совершает сексуальные действия с ребенком, обязан сообщить об этом, хотя ничем нельзя помочь, поставив в известность власти. Другими примерами обязательности сообщения являются опасная или заразная болезнь, огнестрельные или нанесенные холодным оружием раны, а также лечение больных по поводу наркомании. При отсутствии обязательности сообщения оно делается по ситуации, оптимизирующей полезность. Общим принципом является то, что нет необходимости прибегать к помощи другого лица, если некоторые специфические особенности не делают это обязательным.

Обязывает ли врача установление связей врач — больной заботиться о безопасности не только больного, но и других? Этот вопрос был поднят в деле Tarasoff против магистра Калифорнийского Университета в 1966 г. В этом случае студент Poddar добровольно обратился в амбулаторию клиники психического здоровья Калифорнийского Университета и сказал своему врачу о намерениях убить девушку, которую звали Tatyana Tarasoff. Осознав серьезность этих намерений, врач, с согласия своего коллеги, пришел к выводу, что Poddar следует поместить под надзор в судебную палату неотложной психиатрической помощи Калифорнийского Университета. Врач поставил в известность Университетскую полицию, в устной и в письменной форме сообщив, что Poddar опасен и его надо арестовать.

Зная о том, что здесь нарушена конфиденциальность, лицо, осуществляющее надзор за врачом, запретило это осуществить и потребовало, чтобы все записи, имеющиеся в деле и касающиеся лечения Poddar, были уничтожены. В то же самое время университетская полиция временно задержала Poddar, но затем освободила его, когда он заверил, что «будет держаться далеко от девушки». Poddar перестал ходить в клинику, когда узнал о том, что врач рекомендовал его арестовать. Два месяца спустя, он выполнил свою угрозу, о которой говорил ранее, убив Tatyana. Родители девушки возбудили дело против Университета за халатность.

В результате Верховный Суд Калифорнии, который рассматривал дело в течение 14 мес, поскольку это был беспрецедентный случай, вынес решение, что психиатр или психотерапевт, которые имеют основание считать, что больной осуществит свое намерение ранить или убить кого-то, должны сообщать об этом потенциальной жертве, его или ее родственникам или друзьям, или властям.

Выполнение служебных обязанностей, возложенных на врача, защищать намеченную жертву от опасности, может состоять из нескольких ступеней в зависимости от случая. Суд заключил, таким образом, что врач обязан предупредить возможную жертву или других заинтересованных лиц об опасности, сообщить полиции или предпринять еще какие-то шаги, необходимые при данных обстоятельствах.

Решение по делу Tarasoff не изменило значительно психиатрическую службу, поскольку до этого случая длительное время психиатры считали обязательным предупреждать соответствующих лиц или судебные власти, когда имела место явная и близкая угроза для кого-нибудь. По мнению Американской Психиатрической Ассоциации, конфиденциальность может при тщательно взвешенных обстоятельствах быть нарушена в следующих случаях с помощью следующих мер: 1) больной намерен совершить убийство, и это можно предупредить, только если психиатр сообщит полиции; 2) больной может совершить самоубийство, и это

можно предупредить, только если врач сообщит полиции; 3) больные, например, водитель автобуса или пилот, которые несут ответственность за жизнь других людей, обнаруживают выраженные нарушения критики.

Решение суда по делу Tarasoff не требует от врача, чтобы он что-то придумывал; напротив, оно просто означает, что, когда врач убежден, что может быть совершено убийство, его обязанность проверить способности к суждению, наличие критики.

ПОСТАНОВЛЕНИЕ СУДА О ГОСПИТАЛИЗАЦИИ

Гражданское постановление суда об изоляции

Предпочтительно, чтобы больной добровольно поступил в психиатрическую больницу или психиатрическое стационарное отделение больницы общего типа; причина этого в том, что прогноз лучше, если пациент добровольно получает психотерапию в амбулатории, так как нуждается в помощи.

Во всех штатах существует одинаковая система принудительной госпитализации. Это обычно делается, когда психические больные опасны для самих себя и для окружающих в такой степени, что необходимость их лечения в закрытых учреждениях очевидна.

Санкционирование госпитализации психически больных обычно осуществляется постановлением суда о задержании. Однако психиатры давно считают это название неудачным, поскольку постановление о задержании юридически означает ордер на арест. Американская Ассоциация Адвокатов и Американская Психиатрическая Ассоциация поэтому рекомендуют заменить этот термин на менее оскорбительный и точный — «о госпитализации», который принят большинством штатов. Хотя это изменение в терминологии не исправит того, что имело место.в прошлом, акцент на госпитализации и лечении более соответствует точке зрения психиатров.

Процедура поступления

Существуют четыре процедуры поступления в психиатрическую больницу, которые одобрены Американской Ассоциацией Адвокатов, как поддерживающие гражданскую свободу и гарантирующие, что никто не будет засажен в сумасшедший дом ошибочно. Хотя каждый из 50 штатов имеет полномочия принять свои собственные законы относительно психиатрической госпитализации, эти процедуры получили всеобщее одобрение.

Неофициальная госпитализация. Неофициальное поступление основано на модели больницы общего типа; в этой модели больной поступает в психиатрическое отделение больницы общего типа так же, как поступают все остальные на лечение или на операцию. При таких обстоятельствах возникает нормальная связь врач —

больной, при которой больной может по своему желанию поступить или выписаться даже вопреки советам врача.

Добровольная госпитализация (действует в психиатрических больницах). При добровольном поступлении больные обращаются письменно с просьбой о госпитализации. Они могут обращаться за помощью по совету своего личного врача или на основании своего собственного решения. В любом случае больного обследует психиатр из персонала больницы, и его принимают, если при обследовании будет обнаружена необходимость оказания психиатрической помощи.

Временная госпитализация (неотложная госпитализация или госпитализация по рекомендации одного врача). Временная госпитализация применяется по отношению к больным, которые не в состоянии сами за себя принимать решение, или к больным, у которых имеются настолько выраженные острые нарушения, что они должны быть немедленно госпитализированы в психиатрическую больницу (неотложная госпитализация).

При этой процедуре больной поступает по письменной рекомендации одного психиатра. После того, как его доставили в больницу, он должен быть обследован двумя врачами, и, если они подтвердят необходимость госпитализации, больного принимают.

Эта процедура называется временной, так как больной не может удерживаться в больнице против своей воли более 15 дней.

Принудительная госпитализация (рекомендация двух врачей). При принудительной госпитализации затрагивается вопрос о том, представляют ли эти больные опасность для самих себя, например, суицидальные больные, или опасность для других; принудительной госпитализации подлежат также больные, замышляющие убийство. Поскольку эти лица не осознают, что им необходимо лечиться, обращение за психиатрической помощью может исходить от родственников или друзей.

После того, как это обращение сделано, такого больного должны обследовать два врача, и, если они подтвердят необходимость госпитализации, больного можно госпитализировать.

Имеется установленная процедура письменного извещения ближайших родственников в случае принудительной госпитализации. Более того, больной в любое время должен быть доступен юридическому совету, который может доложить о нем судье. Если судья не считает госпитализацию необходимой, он может потребовать освобождения больного.

Принудительная госпитализация разрешается на 60 дней. После этого времени, если необходимость в госпитализации сохраняется, случай должен периодически рассматриваться Советом (коллегией), состоящим из психиатров, юристов и других граждан, не связанных с данным учреждением. В штате Нью-Йорк этот Совет называется Информационной Службой Психического Здоровья. В полномочия штата входит обязанность судить о необходимости заботы о психически больных людях, что называется «parens patrial», или полицейская служба, задача которой — предотвращать опасные действия психически больных в отношении самих себя и в отношении других лиц.

Несмотря на четко очерченные процедуры, обеспечивающие при госпитализации гарантии для больных и для их семей, а также для врачей и юристов, принудительная госпитализация рассматривается многими, как нарушение прав человека.

Лица, подвергшиеся принудительной госпитализации, которые считают, что их надо освободить, имеют право сделать обращение с просьбой о «holeas corpus» («Английский закон о неприкосновенности личности» 1679 г.), т.е. с просьбой об освобождении лица, подвергнутого принудительной госпитализации и рассмотрении вопроса о ее законности. По закону распоряжение об освобождении может быть провозглашено от имени кого-то, кто заявляет, что он или она лишены свободы незаконно. Это юридическая процедура, с которой обращаются в суд, а суд должен решить произведена ли данная госпитализация с должным соблюдением закона; случай должен быть сразу же заслушан судом, независимо от способа или формы, в которой представлена жалоба. Больницы обязаны представлять эти жалобы на рассмотрение суда немедленно.

Выписка вопреки желанию больного, насильственные прекращение лечения и выписка

При целом ряде обстоятельств больных можно выписывать из больницы без их согласия, если они намеренно нарушают основные больничные правила (например, тайно проносят наркотики, обижают других больных), отказываются от лечения или уже выздоровели, но хотят оставаться в психиатрической больнице. Некоторые больные предпочитают больничную обстановку обычному окружению — улицам, тюрьме или своему дому. Хотя в основном это относится к больнице, сходные вопросы возникают при прекращении лечения в амбулаторных условиях.

Как разрешают осложнения, которые возникают при насильственной выписке. Серьезной потенциальной ошибкой врача при насильственной выписке является возможное привлечение его к ответственности за совершение необдуманных действий. Эта претензия может представить богатую почву для судебных процессов о противозаконных действиях, и тогда у врача неизбежно возникают тяжелые чувства как по поводу неудачного лечения, так и по поводу неудовлетворительного исхода. Поэтому в подобных ситуациях врач должен быть особенно осторожен.

Разрыв отношений: угроза союзу с **больным.** Насильственная выписка влечет за собой боль по поводу прекращения процесса лечения с резким снижением возможностей для перспективных оздоровительных и продуктивных отношений. Наиболее важно, что в этой ситуации врач прямо противостоит желаниям, выражаемым больным, что сильно ставит под угрозу терапевтический союз.

Документация и консилиум. Консилиум врачей и документация, как обоснование их действий, являются двумя предосторожностями против ответственности за ошибки.

Меры, направленные в будущее. Эти меры, или «достижения следующей мили», являются способом сглаживания пути для обеспечения заботы о больном в будущем. Прекращение лечения не означает необдуманного поступка «в порыве», если осуществлен надежный перенос через подходящее лицо в другую больницу или к другому лицу. Более того, если возможно, больному нужно сказать, что дверь всегда открыта для переговоров о возвращении в будущем, после того, как будет восстановлено здоровье и пересмотрена проблема во всех других аспектах.

Исключение для неотложных случаев. Единственным обстоятельством, при котором врач не может прекратить лечение, является случай, когда необходимо неотложное лечение. Типичным примером является случай, когда больной нападает на врача. Врач не может прекратить лечение, как бы ни были тяжелы эти нападения, до тех пор, пока неотложность ситуации сохраняется (например, с помощью госпитализации больного или обеспечения изоляции, или ограничения свободы, «удерживания» больного). Только тогда, когда необходимость неотложного лечения отпадает, врач может прервать отношения и перевести больного.

ПРАВО НА ЛЕЧЕНИЕ

Среди прав больного основным является право на оказание высококвалифицированной помощи. Оно в настоящее время провозглашается на многих процессах в лозунге «право на лечение».

В 1966 г. судья David Bazelon, выступая в Колумбийском Апелляционном Суде по делу «Роуз против Камерона», отметил, что цель принудительной госпитализации — лечение, и заключил, что, если лечение отсутствует, то возникает вопрос о соответствии принудительной госпитализации и Конституции. Лечение в обмен на свободу является логикой этого правила. В этом случае освобождение больного на основании обращения по поводу неприкосновенности личности является основным юридическим средством для обеспечения свободы.

Frank Johnson—судья Федерального Суда по гражданским делам в штате Алабама, выступавший по делу «Уайтта против Стикни», высказался еще более рискованно в решении, которое он вынес в 1971 г. по этому делу. Дело Уайтта — лица, совершившего поступок, нарушающий общественный порядок, представлено в новом виде, правонарушитель представлен не как нуждающийся в освобождении, а как нуждающийся в лечении. Судья Johnson установил такой порядок судебного производства, что лица, в отношении которых принято решение о том, что они должны быть помещены в психиатрическую больницу, имеют конституционное право на получение такой индивидуальной терапии, которая дает им возможность вылечиться или улучшить свое психическое состояние. Johnson выдвинул минимальные требования в отношении обслуживания, специальных физических условий, стандартов питания и необходимых программ для индивидуального лечения. Вскоре после этого Техасский Федеральный судья по гражданским делам William Justice разработал стандарты для обучения в государственных школах, готовящих специалистов по этой проблеме.

Новый свод законов, более подробный, чем старый, включает право быть свободным от чрезмерного и ненужного лечения; право на тайну и достоинство; право на меньшее ограничение в окружении; неограниченное право на посещение властей и личных врачей и право не быть подвергнутым лоботомии, электросудорожной терапии или другим процедурам без полной информации об их содержании. У больных могут потребовать, чтобы они выполняли задания врача, но не подсобную работу в больнице, если только они не хотят делать это добровольно и если им за это платят хоть минимальное жалование. Это требование является попыткой ограничить практику «подневольного труда пеонов», при которой психически больных принуждают выполнять черную работу бесплатно, на благо государства.

В ряде штатов на сегодня нельзя насильно проводить электрошоковую терапию без того, чтобы не получить одобрение суда, на что может потребоваться 10 дней. Право отказаться от лечения является нормальной доктриной, согласно которой лицо нельзя принудить к лечению против его воли, если только нет угрожающей жизни опасности.

В 1976 г. в деле «Коннор против Дональдсона» Американский Верховный Суд вынес решение о том, что безобидных психически больных нельзя заключать под стражу против их воли, если не требуется неотложное лечение, и они могут жить вне больницы. Суд постановил, что обнаружение психического заболевания само по себе не может оправдать насильственную госпитализацию лица против его воли. Напротив, для этого необходимо, чтобы больные представляли угрозу для самих себя или для других. Может возникнуть вопрос о том, способен ли психиатр точно предска-

зать эту опасность так же, как риск для самого психиатра, который может быть подвергнут судебному преследованию и обязан возместить денежный ущерб, если лицо будет таким образом ущемлено в своих гражданских правах.

Этическое противоречие в этих аспектах закона по отношению к психически больным становится очевидным из книги Thomas Szasz, профессора психиатрии Нью-Йоркского Государственного Университета. Szasz утверждает, что разные психиатрические диагнозы полностью лишаются смысла, и настаивает на том, что психиатрам нет места в суде и что все насильственные ограничения свободы лицам в связи с их психическим заболеванием несправедливы. Эта позиция Szasz по отношению к предотвращению суицидов у больных и по отношению к насильственному лечению с или без лишения их свободы, представляет интерес, но психиатры относятся к этому с большими опасениями.

ИЗОЛЯЦИЯ И ФИЗИЧЕСКОЕ УДЕРЖИВАНИЕ

Изоляция означает помещение и удерживание госпитализированного больного в пустой комнате с целью создания медицинской обстановки, требующейся по состоянию больного. Физическое удерживание является мерой, предназначенной для ограничения физических движений больного, такой, как использование кожаных ремней и «ножных браслетов» или смирительных рубашек. Применение изоляции и удерживание поднимает важные вопросы о безопасности.

В сообщении Американской Психиатрической Ассоциации по изоляции и удерживанию силой указаны стандарты по использованию этих приспособлений. Врачи, работающие в учреждениях, где применяют эти меры, должны ознакомиться с данным сообщением так же, как и с местным законодательством. И, наконец, врачи, сталкивающиеся с подлинными случаями, требующими неотложного вмешательства, должны действовать консервативно; т.е. прежде всего соблюдать правила безопасности. Больного всегда можно освободить от изоляции и удерживания, тогда как вред, нанесенный не удерживаемым насилием, может быть необратимым.

ОСВЕДОМЛЕННОСТЬ БОЛЬНОГО В ЛЕЧЕНИИ И ЕГО СОГЛАСИЕ НА ЛЕЧЕНИЕ

Юристы, представляющие лицо, предъявившее иск, теперь всегда добавляют к иску о халатном выполнении обязанностей или неправильном лечении иск об осведомленности больного в лечении и согласии на это лечение, как другую возможную форму ответственности. Иронизируя, можно сказать, что это иск, при котором можно избежать экспертизы. Обычный иск о неправиль-

ном отношении к больному требует, чтобы затеявшие тяжбу обратились к эксперту для установления, что имело место нарушение врачебных правил. Но в случае, когда не было осведомленности у больного о лечении и согласия его на это лечение, тот факт, что процедура была выполнена технически правильно и повлияла на весь курс лечения, является несущественным. Однако практически, за исключением случаев, когда наблюдались отрицательные последствия, истец не достигнет успеха в попытке повлиять на присяжных, если его действия основаны только на утверждении, что лечение проводилось без его согласия.

В классической теории правонарушения (правонарушение — это неправильное действие) намеренное причинение страдания, на которое не было получено согласие, является оскорблением действием. Таким образом, проведение электросудорожной терапии или химиотерапии, хотя и может быть лечебным, является оскорбление действием, если они были сделаны без согласия больного. Действительно, каждое не разрешенное вмешательство, выходящее за пределы нормальных общественных взаимоотношений, представляет собой оскорбление действием. Это оскорбление достоинства личности, вмешательство в его право самому решать свою судьбу, за которое следует подвергать наказанию. Судья Benjamin Cardozo писал: «Каждый взрослый нормальный человек имеет право определить, что можно сделать с его телом; хирург, оперирующий больного против его согласия, совершает оскорбление действием, за которое он должен быть наказан».

По мнению Cardozo, лечение, о котором заботится другой и на которое нет согласия больного, не приносит пользы и представляет собой потерю времени. Таким образом, психически нормальный взрослый может отказаться от лечения, даже если оно принесло бы ему пользу и не представляет опасности. Но, например, когда возникает гангрена у психически больного, лечение, даже если это ампутация, должно быть санкционировано, чтобы спасти жизнь больного. Государство должно быть также заинтересовано в предотвращении суицидов у граждан.

Для несовершеннолетних родитель или опекун является персоной, обладающей юридическими полномочиями решать вопрос о согласии на лечение.

Однако в большинстве штатов существуют списки определенных болезней и состояний, когда это меньшинство должно подвергаться лечению — венерические болезни, беременность, предупреждение беременности, наркомания, алкоголизм и заразные болезни. Ив случае необходимости оказания неотложной помощи врач также может лечить представителей этого меньшинства без согласия родителей. Сейчас наблюдается тенденция, согласно которой «правила для взрослых должны применяться и для несовершеннолетних», и лечение их должно осуществляться в стандартных для всех условиях. В результате принятого решения теперь

все несовершеннолетние должны предстать перед советом, могут иметь очную ставку со свидетелями и им надо объяснять все предпринятые действия. Эмансипированные несовершеннолетние теперь имеют права взрослых, если будет показано, что они могут вести взрослый образ жизни и сами отвечать за свою жизнь.

В прошлом, чтобы избежать обвинения в оскорблении действием, врачам требовалось только объяснить, что они предполагают делать, и получить согласие больного. Однако одновременно с ростом ответственности за результаты и законом о штрафе, суды стали требовать, чтобы врачи излагали также достаточную информацию, которая бы позволила больному решить, приемлема ли для него эта процедура в свете соотношения вероятности риска и вероятности излечения и имеющейся альтернативы, включая полный отказ от лечения. Эта обязанность полной открытости лежит в основе возникновения выражения «согласие после получения информации есть отсутствие согласия». В целом, согласие на основе информированности требует: 1) понимания природы возможного риска и эффекта от лечения; 2) знаний относительно альтернативных возможностей; 3) осознания последствий своего согласия и 4) осознания, что согласие — дело добровольное.

Формы согласия

Основная форма согласия — письменный документ, который удостоверяет согласие после получения информации. Однако имеется несколько проблем, присущих разным формам согласия и их использования. Формы согласия обычно разрабатываются властями, чья цель — защитить это мероприятие от ответственности. Поэтому такие формы часто бывают изнурительными и требуют высокого уровня понимания того, что написано, а это отсутствует у многих больных. Парадоксально звучит, но если такая форма действительно охватит все возможные случаи, потребуется слишком много времени, чтобы все понять, а если понять все можно было бы достаточно быстро, форма была бы неполной. Некоторые теоретики рекомендуют заменить форму стандартизированным обсуждением и улучшением записи.

ОПЕКА НАД ДЕТЬМИ

Действие суда по обсуждению опеки над детьми теперь основывается на стремлении наилучшим образом защитить интересы ребенка. Основной принцип отражает идею, что биологический родитель ребенка не имеет права просто генетически быть опекуном ребенка, но презумпция, хотя и несколько туманная, остается в пользу матери, особенно если речь идет о маленьком ребенке. По правилу «правой руки» суды предполагают, что благополучие маленького ребенка лучше будет обеспечено материнской опекой,

когда мать является хорошим и адекватным родителем. Интересам матери отвечает, если она будет названа родителем-опекуном, поскольку мать не может вынести удара, связанного с утратой ребенка или с его смертью, но ее интересы не всегда, фактически, соответствуют интересам ребенка. Забота и защита ребенка становятся задачей суда, когда родители не могут обеспечить благополучие ребенка.

Как уже много раз упоминалось, все больше и больше отцов заявляют о своих правах на опеку над ребенком. Приблизительно в 5% случаев они признаются опекунами. Усиливается также движение за увеличение прав женщин, что повышает их шансы на получение опеки. По мере того как все больше женщин покидает дом и идет на работу, традиционное логическое обоснование представления опеки матери теперь имеет меньшую силу, чем раньше.

Каждый штат сегодня имеет закон, позволяющий суду предпринять судебное разбирательство в случае, если ребенком пренебрегают или злоупотребляют, и лишить таких родителей опеки над ребенком. В большинстве штатов выделено несколько причин для проведения судебного разбирательства, такие, как злоупотребление, угроза благополучию ребенка и опасность, что ребенок вырастет праздным, беспутным и аморальным. Если суд лишает родителей опеки над ребенком, он обычно постановляет, что заботу и опеку над ребенком будет осуществлять служба общественного благополучия или должностные лица, которым будет поручен надзор.

ПОНЯТИЕ О КОМПЕТЕНЦИИ

Практически такая вещь, как компетенция, или общая компетенция, отсутствует. Концепция компетенции имеет значение только в терминах задания, решения или процедуры, которая предстоит субъекту. Более того, психиатры часто высказывают мнение о правомочности больного, только постановление суда превращает это мнение в «решение»; т. е. больной неправомочен или правомочен до тех пор, пока на этот счет нет постановления суда.

ЗАВЕЩАТЕЛЬНАЯ И ДОГОВОРНАЯ ПРАВО- И ДЕЕСПОСОБНОСТЬ

Психиатра могут попросить оценить завещательную право- и дееспособность, т. е. способность составить завещание. Для этого необходимо психологическое тестирование. Больные должны знать: 1) происхождение и размер своей собственности; 2) что они составляют завещание и 3) кто является их наследниками — супруг, дети или другие родственники.

Довольно часто, когда происходит утверждение завещания судом, один из наследников или какое-то другое лицо, оспаривает его надежность. Судить в таком случае можно на основании того, каким было психическое состояние лица, составившего завещание к тому времени, когда он изъявил свою волю, на основании данных, содержащихся в документе, и психиатрической экспертизы.

Процедура определения дееспособности и назначение надзора могут быть признаны необходимыми, если член семьи растрачивает семейное имущество. Процесс назначения опеки можно применить, когда имуществу угрожает опасность растрачивания, как и в случаях с пожилыми, пенсионерами, алкоголиками и психически больными. Вопрос в том, способны ли эти лица отвечать за самих себя. Однако опекун, назначенный для надзора за имуществом кого-то, кого подозревают в недееспособности, не может изъявить волю за своего подопечного. Когда субъект не может или не использует своего права сделать завещание, закон во всех штатах обеспечивает распределение имущества между наследниками; если наследники отсутствуют, имущество поступает в общественную казну. Свидетели, присутствующие при подписании завещания, а среди них может быть и психиатр, могут удостоверить, что составитель завещания был нормален во время этой процедуры. В некоторых случаях юристу приходится записывать акт подписания завещания на видеокассету, чтобы защитить завещание от нападок.

Дееспособность определяется на основании способности лица к разумным суждениям. Диагноз психического заболевания сам по себе не означает, что больной является недееспособным. Психическое заболевание может обусловить нарушение суждений (критики), но только в определенной, специфической области, которая затронута болезненным процессом. Если кого-то признают недееспособным, они не могут заключать договоры, жениться (выходить замуж), начинать бракоразводный процесс, водить машину, отвечать за свое имущество или работать по специальности. Вопрос о недееспособности решается на официальном заседании суда, и суд обычно назначает лицо, которое будет осуществлять надзор, защищая интересы больного. Чтобы больного признать дееспособным, нужно другое судебное разбирательство. Надо запомнить, что поступление в психиатрическую больницу не означает, что субъект автоматически становится недееспособным; для этого, как правило, требуется отдельное заслушивание дела.

В отношении договоров дееспособность очень важна, поскольку договор есть соглашение между двумя людьми выполнить то или иное действие. Договор будет объявлен несостоятельным, если, после того, как контракт подписан, одна из сторон окажется неспособной понимать, что ему или ей необходимо сделать. Брачный договор подчиняется тем же правилам, что и другие договоры и, таким образом, может быть аннулирован, если одна из сто-

рон не понимает суть договора, свои обязанности, обязательства и другие особенности, которые вступают в силу в момент заключения брака. В целом, однако, суды не склонны объявлять брак аннулированным на основе недееспособности.

В вопросе о дееспособности, связанной с завещанием, с аннулированием браков, основной вопрос — насколько субъект осознает свои способности понять значение определенного обязательства, принятого им или ею ко времени, когда это обязательство было взято.

Способность давать информацию

Способность давать информацию является относительно новым понятием, означающим взаимодействие больного с врачом и оказывается полезным в двусмысленных ситуациях, которые могут иметь плохой исход. Врач сначала объясняет больному, как важно быть честным, а затем старается определить, способен ли больной взвесить степень риска и выигрыши от дачи информации относительно суицидальных и гомицидальных намерений. Этот процесс надо документально зафиксировать.

Опекун осуществляет контроль за финансовыми и договорными делами лиц, находящихся под его надзором, но это не относится к случаям лечения, в том числе хирургического.

УГОЛОВНОЕ ПРАВО И ПСИХИАТРИЯ

Уголовная ответственность

В соответствии с уголовным правом действие, приносящее вред обществу, не является единственным критерием преступления. Предосудительное действие должно иметь два компонента: намеренное действие (actus reus) и умышленное причинение зла (means rea). Не может иметь место умышленное причинение зла, если психическое состояние обвиняемого настолько нарушено, патологично или болезненно, что лишает его возможности совершать разумные поступки. Закон может быть применен, только если имело место умышленное правонарушение. Никакой поступок, независимо от его опасных последствий, и никакое намерение причинить зло сами по себе не являются основанием для уголовно наказуемого акта.

Вплоть до последнего времени Американская юриспруденция считает невиновным умалишенного, если он не понимает смысла или последствий своих действий.

Правило Мак Натена (M'Naghten). Прецедент для определения юридической ответственности был установлен в Британских судах в 1843 г. Так называемое правило Мак Натена, которое вплоть до недавнего времени определяло ответственность в боль-

шинстве американских штатов, постулирует, что люди невиновны как умалишенные, если по причине психической болезни у них были нарушения, из-за которых они не осознавали природы, характера и последствий своего поступка или были не в состоянии понять, что их поступок неадекватен. Более того, лицо освобождается от наказания только, когда у него действительно имеется бред, причем бред истинный и соответствующий содержанию правонарушения. Если бредовая идея не лежит в основе преступления, то, возможно, такое лицо будет признано вменяемым, виновным и подлежащим наказанию. Правило Мак Натена общеизвестно также как общепринятое обоснование невменяемости.

Правило Мак Натена берет начало от знаменитого случая, происшедшего еще в 1843 г. В тот период Edward Drummond, личный секретарь сэра Robert Peel, был убит Daniel M'Naghten, который в течение нескольких лет страдал бредом преследования. Он жаловался, что за ним следит много людей, и в конце концов решил, что исправить положение можно, убив сэра Robert Peel. Когда Drummond явился к Peel домой, M'Naghten застрелил его, приняв его за Peel. Позже он был признан психически больным и помещен в больницу. Случай вызвал большой интерес, и это привело к тому, что палата лордов стала обсуждать проблему преступности и безумия. В ответ на вопросы о том, чем надо руководствоваться при определении того, признать ли подсудимого страдающим психическим заболеванием, что является защитой его от наказания, в английском судопроизводстве отмечено:

1. Чтобы установить защиту от наказания на основе душевной болезни ко времени совершения правонарушения, обвиняемый должен иметь расстройства, при которых обнаруживается такое отсутствие понимания, обусловленное патологией мышления, при котором он не осознает природу и характер совершаемого им действия, а если осознает, то не понимает, что поступает противозаконно.

2. Когда у больного имеется частичный бред, а в других отношениях о-н вполне нормален, его правонарушение надо рассматривать как совершенное в состоянии вменяемости.

Присяжные, согласно закону, признают обвиняемого невиновным по причине душевного заболевания.

Правило Мак Натена не задается вопросом, знает ли вообще обвиняемый разницу между законностью и противоправностью; оно спрашивает лишь, понимает ли он природу и характер своего поступка и знает ли он разницу между законностью и незаконностью своего собственного поступка. Оно специфически направлено на вопрос о том, знал он или нет, что он поступал неправильно, или, возможно, думал, что был прав, т. е. был под воздействием бреда, заставившего его действовать в оправдываемой самозащите.

Непреодолимое влечение. В 1922 г. английский Попечительский совет пересмотрел правило Мак Натена и предложил расширить концепцию о психической болезни в преступлениях, включив **в** концепцию понятие о непреодолимом влечении («irresponsible impulse»). Это означает, что лицо, обвиняемое в совершении преступления, не несет ответственности за свои действия, если эти

действия были совершены под влиянием импульса, которому субъект не мог противостоять в связи со своим психическим заболеванием. Суд предпочел трактовать этот закон таким образом, что он был назван законом «полицейский-у-локтя». Другими словами, суд признает, что влечение было непреодолимым только в том случае, если оно явилось причиной того, что обвиняемый все равно совершил бы свое преступление, даже если бы рядом стоял полицейский. Большинство психиатров этот закон не удовлетворяет, так как он охватывает лишь незначительную, очень специфическую группу из всех психических больных.

Правило Дархема (Durham Rule). В 1954 г. в деле Durham против Соединенных Штатов судьей David Bazelon, являющимся основоположником в области законодательства по судебной психиатрии, было вынесено решение в Колумбийском окружном апелляционном суде, в результате которого возник закон о невменяемости при совершении преступления, являющейся результатом психического заболевания; обвиняемый не несет уголовной ответственности, если его противозаконное действие явилось результатом имеющегося у него психического заболевания или дефекта.

В деле Durham судья Bazelon прямо заявил, что цель закона — обеспечить хорошее и полное психиатрическое заключение. Он пытался освободить уголовное законодательство от теоретической смирительной рубашки — правила Мак Натена. Однако судьи и жюри в делах, где используется закон Дархема, увязали в путанице терминов «результат заболевания», «болезнь», «дефект». В 1972 г. 19 лет спустя после его принятия апелляционный суд Колумбийского округа в деле Соединенные Штаты против Броунера отказались от него. Суд — все девять его членов, включая судью Bazelon, решили, выразив свое мнение на 143 страницах, отменить правило Дархема и заменить его определением, рекомендованным Американским институтом права в 1962 г. в его Модельном уголовном кодексе, который является законом для федеральных судов и сейчас.

Модельный уголовный кодекс. В этом Кодексе Американский Институт права рекомендовал следующее определение криминальной ответственности: 1. Лицо не ответственно за уголовный поступок, если во время совершения действия вследствие психической болезни или дефекта оно было либо лишено способности понять свое преступление, «неправомерность» своего поступка, либо подчинить свое поведение требованиям закона; 2. Как говорится в этом определении, термины «психическое заболевание или дефект» не включают аномалии, проявляющиеся совершением только повторных преступлений или антисоциальным поведением.

Имеется пять оперативных критериев в I разделе данного Правила Американского института права: 1) психическое заболева-

ние или дефект; 2) отсутствие нормальных умственных способностей; 3) неумение правильно применять свои умственные способности; 4) непонимание неправомерности своих действий; 5) неспособность подчинить свои действия требованию закона. Второй раздел Правила устанавливает, что повторный криминал или антисоциальное поведение не являются сами по себе заболеванием или дефектом. Цель раздела — оставить социопатию и психопатию в рамках уголовной ответственности (вменяемости).

Определение уголовной ответственности и другие определения степени способности нести ответственность относятся ко времени совершения деяния, тогда как определение способности предстать перед судом относится ко времени слушания дела.

Хотя о психической болезни в судебном процессе написано много, она фактически является поводом для защиты лишь в очень небольшом проценте случаев, реально позволяя защитить от наказания только небольшую часть из них. Решение Колумбийского Окружного суда присяжных в 1982 г., согласно которому John W. Hinckley, Jr., совершивший покушение на президента Р. Рейгана, был признан невиновным в связи с душевным заболеванием, приводит к возникновению вопроса о необходимости ограничения или отмены этого специального решения. Суд над Hinckley также привел к новому обсуждению вопроса о психиатрии и законе. Освобождение от наказания, производимое вследствие заключений психиатров и правоведов, приводит к непопулярности такого вердикта. «Психиатры опутывают паутиной псевдонаучного жаргона», писал известный фельетонист, «и в этой паутине концепция законности, подобно мотыльку, слабо трепещет и заманивается в ловушку». Американская Ассоциация Адвокатов (ААА) и Американская Психиатрическая Ассоциация (АПА) быстро обнародовали заявления, призывающие к изменению закона. Много законопроектов было предложено Конгрессу, чтобы улучшить закон, но ни один не прошел. Однако они помогли расплавить общественную критику. В настоящее время Hinckley помещен в больницу Святой Элизабет в Вашингтоне на неопределенное время.

В попытках реорганизации введены такие формы, как «признание виновным, но психически больным», которые уже используются в некоторых судопроизводствах. Эта форма имеет преимущество, так как признает виновность, но позволяет учесть и особенности психического состояния. Например, это создает возможность для лечения в условиях строгого режима, в то же время позволяя суду играть активную роль.

Американская Медицинская Ассоциация предложила еще и другую реформу: производить экскульпацию лишь в тех случаях, когда субъект настолько болен, что не может даже сформировать преступные намерения (mens rea). Этот подход сильно ограничивает освобождение от наказания по психическому забо-

леванию и взваливает тяжелое бремя на тюрьмы по содержанию большого количества психически больных.

ААА и АПА в своих заявлениях 1982 г. рекомендовали защиту невменяемости, фокусируясь исключительно на том, в состоянии ли обвиняемый понимать незаконность своего поведения. Эти предложения должны были бы ограничивать доказательства психического заболевания случаями, когда в результате своего психического заболевания или дефекта отсутствует способность понять и проконтролировать свое поведение (но, очевидно, все же остается возможность признания невиновным при таких ситуациях, как чрезвычайные эмоциональные нарушения, автоматизм, провокация или самозащита, которые могут быть установлены без психиатрической экспертизы на наличие психичесокго заболевания). АПА также настаивает, чтобы «психическое заболевание» было ограничено «тяжелыми» аномалиями психического состояния. Эти предложения противоречивы, и, похоже, что данный вопрос будет подниматься снова в каждом важном случае, где используется защита в связи с психическим заболеванием.

Способность предстать перед судом

Верховный суд США заявил, что основным в системе правосудия является требование, чтобы процедура судопроизводства для лиц, страдающих психическим заболеванием, не отличалась от таковой для здоровых, и не сводилась только к психиатрическому освидетельствованию. Соответственно суд одобрил проверку на наличие способностей, которая выясняет, может ли преступник по своему состоянию в дальнейшем советоваться со своим защитником, а также в достаточной степени разумно осознать фактическое значение процедуры, связанной с выдвинутым против него обвинением.

ОТВЕТСТВЕННОСТЬ ЗА ПРОФЕССИОНАЛЬНУЮ ХАЛАТНОСТЬ

Противозаконные действия обычно рассматриваются как профессиональная халатность. Это понятие также несколько свободно применяется к случаям намеренного или произвольного посягательства на защищаемые законом интересы другого, например, избиение или проведение лечения без согласия больного. Противозаконные действия, совершенные по халатности, какова бы ни была ситуация, включают основные проблемы отношений между сторонами, риск и причины.

Четыре элемента противозаконного действия

Для того чтобы действие было признано противозаконным, больной или истец должен показать, что имеют место четыре элемента противозаконного действия. Эти элементы могут быть

мнемонически суммированы как четыре «Д» противозаконного действия: «Dereliction» (халатность при исполнении обязанностей, Duty, прямо «Directly» приводящая к «Damage» (ущербу).

При халатности 1) должен существовать стандарт необходимых при определенных обстоятельствах обязанностей; 2) эти обязанности должны быть моральным долгом подсудимого или кого-либо еще, за чье поведение подсудимый отвечает; 3) обязанности могут быть долгом по отношению к истцу и 4) нарушение этих обязанностей должно быть юридической основой предъявления истцом жалобы на ущерб или повреждения.

Требуемый стандарт обязанностей при разных обстоятельствах может быть установлен федеральной конституцией или конституцией штата, уставом (статусом), административными правилами, решениями суда или обычным общественным правом. Однако закон, за некоторыми исключениями, специально не определяет обязанностей. И нельзя определить способ, который субъект должен использовать, действуя в различных обстоятельствах и условиях. Как общее правило специалисты обязаны выполнить нормальные профессиональные обязанности, обычно выполняемые в сходных условиях другими специалистами.

Жалующиеся на противозаконные действия (халатность) должны подтвердить свое заявление важнейшими фактами. Для того чтобы подкрепить жалобы доказательствами, истец должен показать: 1) проступок или невыполнение обязательства со стороны обвиняемого или кого-то другого, за чье поведение он отвечает; 2) причинные связи между поведением и ущербом или повреждением, якобы приведшим к страданию истца; и 3) халатное поведение. Поскольку в большинстве случаев обязанности профессионала незнакомы юристу, обеспечить такую информацию должна экспертная оценка.

В отношении частоты обращения по поводу противозаконных действий психиатрия занимает восьмое место среди других отраслей медицины, и, почти в каждом случае, для психиатрических противозаконных действий, в которых привлекались к ответственности, были предъявлены вещественные доказательства ущерба для пациента. Малое число случаев обращения с жалобами на психиатрию, как полагают, объясняется тем, что больные не хотят рассказывать о психических нарушениях, умением психиатра иметь дело с отрицательным отношением со стороны других и трудностями в установлении связи между ущербом для больного и лечением. Психиатры привлекаются к ответственности за неправильный диагноз или ложные результаты обследования, выдачу неверных свидетельств при аресте, суицидах, тяжелых последствиях лечения электросудорожной терапией и психотропными препаратами, непозволительном разглашении информации и за сексуальные отношения с больными (рис. 12).



Рис. 12. Диаграмма из журнала «Psychiatric News» [22, 12, 1987]. На публикацию имеется разрешение Американской Ассоциации психиатров.

Сексуальные отношения с больными представляют собой серьезную проблему, поскольку нарушают и законность, и этику. Серьезные юридические и этические нарушения касаются и психотерапевтов, даже если они назначают свидания или вступают в брак с больными после окончания терапии.

Предупреждение ответственности

Хотя предотвратить противозаконные действия невозможно, оказалось, что некоторые предупредительные мероприятия оказывают хороший эффект в клинической практике. 1) Врачи должны оказывать только те виды помощи, которые они могут осуществить квалифицированно. Они не должны перегружать и перенапрягать себя, выполняя множество функций; они должны заботиться о себе; они должны подходить к лечению с чувством ответственности за своих больных. 2) Документация, свидетельствующая о правильном обращении с больным, сильно препятствует привлечению к ответственности. Такая документация должна включать процесс принятия решения, понимание врачом терапии, и оценку издержек и преимуществ. 3) Защиту от ответственности могут дать консультации, поскольку они позволяют врачам получить информацию о стандартах, применяемых в группе их коллег. Она также обеспечивает второе мнение, которое дает возможность врачу провести проверку правильности своей установки, сверив ее с мнением коллег. Врач, который постарался получить консультацию в сложном или трудном случае, вряд ли будет оценен присяжными заседателями как беззаботный или халатный.

4) Процесс получения согласия на лечение связан с обсуждением вопросов, касающихся разных возможностей исхода лечения. Такой диалог помогает предотвратить дело о привлечении к ответственности.

КОНСУЛЬТАЦИЯ

В связи со множеством юридических проблем, с которыми психиатрам приходится иметь дело, АПА в 1982 г. установила Заранее Оплаченную Юридическую Консультационную Программу. За ежегодную плату члены программы могут получать неограниченное число консультаций по телефону и юридические меморандумы, обеспечиваемые Вашингтонской законодательной фирмой.

Психиатрические общества разных штатов также начинают создавать такие программы. Сегодня наиболее часто возникают вопросы о: 1) противозаконных действиях (риск, связанный с применением определенных препаратов или видов терапии: добровольная и недобровольная госпитализация, ответственность за действия других, формы получения согласия на лечение, уплата страховки, суициды и обязанность предупредить об опасности); 2) дела, связанные с бизнесом (оплата счетов и их получение, контракты по найму с больницами и клиниками, привилегии для персонала и реклама) и 3) конфиденциальность и привилегии. Другие области, в которых члены программ ищут совета, включают доступ больных к записям, профессиональное объединение, налоги, связь со службами неврачебной помощи, общие конторы и аренду помещений, хранение записей, экспертизу на дееспособность, выступление психиатра как эксперта-свидетеля в суде, значение различных юридических норм, дело о третьей стороне (чаще всего о личном страховании) и направление к адвокату.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

Barton W. E., Sanborn C. F., editors Law and the Mental Health Professions: Friction at the Interface. International Universities Press, New York, 1978.
Block S., Chodoff P., editors Psychiatric Ethics. Oxford University Press, New York, 1981.
Bloom J.S., Faulkner L.R. Competency determinations in civil commitment.— Am. J. Psychiatry, 1987, 144, 193.
Ciccone R.J., Clemens C Forensic psychiatry and applied clinical ethics; Theory and Practice.—Am. J. Psychiatry, 1984, 141, 395.
Gutheil T. G., Appelbaum P. S. Clinical Handbook of Psychiatry and the Law. McGraw-Hill, New York, 1982.
Halleck S.L. Law in the Practice of Psychiatry. Plenum, New York, 1980.

Hargreaver W. A., Shumway M., Knutsen E.J. et al. Effects of the Janison-Farabee consent decree: Due process protection for involuntary psychiatric patients treated with psychoactive medication.— Am. J. Psychiatry, 1987, 144, 188.
Keliz J., James W. S. Medicine court: Rogers in practice.— Am. J. Psychiatry, 1987, 144, 62.
Mills M. J., Sullivan G., Eth S. Protecting third parties: A recode after Tarasoff.— Am. J. Psychiatry, 1987, 144, 68.
Sadoff R. L. Forensic Psychiatry: A Practical Guide for Lawyers and Psychiatrists. Thomas, Springfield, IL, 1975.
Simon R.I. Psychiatric Interventions and Malpractice. Thomas, Bpringfield, IL, 1982.
Simon R. I. Clinical Psychiatry and the Law. American Psychiatric Press, Washington, DC, 1987.
Slovenko R. Psychiatry and Law. Little, Brown, Boston, 1973.
Winslade W.J., Ross J. W. The Insanity Plea. Scribner's, New York, 1983.
Yates A. Should young children testify in cases of sexual abuse?—Am. J. Psychiatry, 1987, 144, 476.

П риложение

ТРИДЦАТЬ ИСТОРИЙ БОЛЕЗНИ

Нижеследующие истории болезни являются иллюстрацией различных диагностических категорий. Они взяты из книги историй болезни DSM-III-R, опубликованной Американской психиатрической ассоциацией (1981). После каждой истории болезни помещено небольшое обсуждение, которое подчеркивает основные проявления и симптомы, которые выявляются у больного. Диагнозы и дискуссии модифицированы так, чтобы соответствовать критериям, перечисленным в DSM-III-R.

ИСТОРИЯ 1: ШИЗОФРЕНИФОРМНОЕ РАССТРОЙСТВО

Больной, 19-летний белый мужчина, до госпитализации работал на почте, ожидая поступления в колледж. Начало заболевания отчетливо не прослеживается. Сообщает, что он «не тот» с тех пор, как от кровоизлияния в мозг умерла его мать, за 9 мес до его госпитализации. По словам отца, однако, после ее смерти был в состоянии нормального горя и изменился только 3 мес тому назад. К этому времени, вскоре после того, как ему изменила его девушка, начал говорить, что его коллеги мужчины пытаются вступить с ним в гомосексуальную связь. Начал бояться, что он гомосексуал и что его друзья считают, что он гомосексуал. В конце концов у него появилось убеждение, что он страдает расстройствами в половой сфере: одно яичко у него нормальное и выделяет сперму, а другое — яичник, продуцирующий яйца. Он думал, что это свидетельствовало о том, что внутри мужского тела у него помещалось «женское». Начал играть и был убежден, что выиграл 400000 долларов, которые букмекер ему не выплатил, и что устроители игр просили его быть их гостем и рассказать свою необычную историю (полностью ложную). Он объявил, что имеет повышенную чувствительность, является «экстрасенсом» и что звуки необычно громкие. Он плохо спал по ночам, но аппетита не терял.

При поступлении речь слишком быстрая. Аффективно не был ни раздражительным, ни эйфоричным, ни экспансивным. Заявил* что хочет лечиться, так как у него «война между яичками», а он предпочитает быть мужчиной.

Когда ему было 10 лет, педиатр отмечал, что у него слишком маленький половой член. В результате этого его подвергли тщательному обследованию в области эндокринологии и половых органов; обследования проводились каждые 4 мес в течение 4 лет. К тому моменту пришли к заключению, что отклонений от нормы нет.

Во время учебы в высшей школе он был плохим учеником и нерегулярно посещал уроки. Заявил, что всегда имел много друзей. Никогда не лечился у психиатра. Иногда прибегал к марихуане и фенциклидину в прошлом, но употребление галлюциногенов отрицает.

Больной — старший сын в семье из шести детей. Его родители познакомились, когда оба находились в психиатрической больнице.

ОБСУЖДЕНИЕ

Существенными особенностями заболевания являются: причудливый соматический бред, бред величия и дезорганизация речи (перепрыгивание с предмета на предмет). Хотя бред величия и скачкообразная речь позволяют предположить наличие маниакального эпизода, это исключается на основании отсутствия приподнятого, экспансивного или раздражительного поведения.

Когда началось заболевание? Хотя он говорит, что изменился после смерти матери 9 мес назад, он не может описать происшедших с ним перемен, которые сделали невозможным его прежнее нормальное поведение. Более того, его отец утверждает, что патологическое поведение у него началось 3 мес тому назад. Подвергая сомнению сведения больного, мы считаем, что он заболел за 3 мес до поступления. Наличие характерных симптомов шизофрении в картине болезни продолжительностью менее 6 мес указывают на шизофрениформное расстройство. Диагноз DSM-III-R: Ось I: Шизофрениформное расстройство.

ИСТОРИЯ 2: РАССТРОЙСТВО ЛИЧНОСТИ ОРГАНИЧЕСКОГО ХАРАКТЕРА

34-летний мужчина, бывший, школьный учитель, живет в гостинице. За последние два года безработный, со своей женой и детьми не живет, они его избегают. Два года тому назад попал в автомобильную катастрофу, пережил кому, после которой постепенно выздоравливал, находится только на поддерживающей терапии. В настоящее время не выявляет существенных неврологических отклонений, кроме небольшого выпадения зрительного поля. Вербальный и невербальный показатели IQ = 120.

По сведениям членов семьи изменился после несчастного случая. Часто бывает импульсивным и вздорным, не может добраться на автобусе до знакомого места, теряет дорогу. Беспомощен в социальном и финансовом аспектах, например, долго говорит по телефону с далекими местами (однажды позвонил Папе в Ватикан), а затем отправляет счет своей семье.

При осмотре неаккуратен, склонен шутить, но с чувством внутренней горечи и враждебности. Сканирование с помощью компьютерной томографии (КТ) выявило значительную область деструкции ткани, особенно в лобных долях.

ОБСУЖДЕНИЕ

Очевидные резкие изменения после комы, вторичной по отношению к травме головы, могут указывать на органический психосиндром. Хотя имеются некоторые нарушения памяти (теряется, не может доехать на автобусе до нужного места), его высокий IQ не соответствует общему нарушению интеллекта по типу деменции. Напротив, у него отмечаются импульсивность, вздорность, плохая социальная адаптация и нарушение ухода за собой, что привело к утрате профессиональных и социальных навыков. Эти изменения личности, связанные со специфическим органическим фактором, являющимся этиологическим (травма и КТ, указывающая на поражение лобных долей), свидетельствуют об органическом психосиндроме с нарушениями личности. Диагноз DSM-III-R:
Ось I: Расстройство личности органического характера. Ось III: Повреждение лобных долей, вторичное по отношению к травме.

ИСТОРИЯ 3: АЛКОГОЛЬНЫЙ ГАЛЛЮЦИНОЗ

44-летний безработный мужчина, который живет один в однокомнатной квартире в гостинице, был доставлен в отделение неотложной помощи полицией, к которой он обратился за помощью, жалуясь на то, что слышит мужские голоса на улице под своим окном; они говорят о нем, пугают его, угрожая расправой. Когда он выглядывает из окна, мужчины всегда «исчезают»,

В анамнезе — почти ежедневное употребление алкоголя в течение 20 лет, он почти каждый день находится в состоянии опьянения и часто испытывает «тряску» при пробуждении. Накануне не выпил свою пинту водки из-за болей в желудке. При осмотре был полностью в состоянии бодрствования и правильно ориентировался.

ОБСУЖДЕНИЕ

Яркие слуховые галлюцинации, появляющиеся в состоянии ясного сознания вслед за снижением потребления или отсутствием алкоголя, указывают на алкогольный галлюциноз. Следует дифференцировать от алкогольной абстиненции и делирия на основании отсутствия затуманенного сознания и нарушений внимания.

Дополнительный диагноз алкогольной зависимости ставят из-за хронического патологического паттерна потребления алкоголя (ежедневное пьянство) и похмелья («тряска» по утрам).

Алкогольный галлюциноз развивается только у лиц, которые длительно потребляют алкоголь и имеют алкогольную зависимость.

Диагноз DSM-III-R: Ось I:
Алкогольный галлюциноз.
Алкогольная зависимость.

ИСТОРИЯ 4: ПСИХОТИЧЕСКАЯ ДЕПРЕССИЯ

Сэнди, умный 9-летний мальчик, был доставлен в педиатрическое отделение неотложной помощи после того, как его мама обнаружила его в ванной комнате с ножом, который он приставил к своему животу. При обследовании обнаружена простая царапина. При расспросе ребенок рассказал врачу, что он хотел умереть потому, что не хотел продолжать жить так, как жил. Когда его стали расспрашивать целенаправленно, он сказал, что плохо себя чувствовал, ощущал грусть и злобу почти все время, что у него уже не было радостей, и его все время одолевала усталость. Трудностей в засыпании не было, но регулярно просыпался около 3 часов ночи и снова в пять, после чего уже не мог заснуть. Он также сказал, что слышит одиночный голос, разговаривающий с ним, приказывающий ему убить себя ножом в живот. Этот голос он отождествлял с голосом дедушки, умершего 4 года тому назад от удара. Слышал этот голос в течение последнего месяца. Мать Сэнди подтвердила этот рассказ своими наблюдениями и добавила, что все началось 6 мес тому назад и прогрессивно ухудшается. Четыре месяца тому назад он начал воровать у нее, стал непослушным и раздражительным. В течение последних 2 нед он стал противиться посещению школы и все время там плакал. Она также рассказала, что он был потрясен разводом родителей, которые разъехались два года тому назад и говорил, что это его вина. Мать знает со слов учителя, что он не мог долго сосредоточивать внимание и держался в стороне от товарищей и был очень вялым.

ОБСУЖДЕНИЕ

Этот случай иллюстрирует, что приступ тяжелой депрессии, аналогичный тем, которые встречаются у взрослых, может иметь место и у детей препубертатного возраста. Наблюдается постоянное снижение настроения (чувство неблагополучия и грусти), утрата радостей и такие сопутствующие депрессивные симптомы, как суицидальные мысли и импульсы, потеря энергии, гипоактивность (вялость), нарушения сна, чувство вины и понижение способности к концентрации внимания. Тест на классификацию цифр с «психотическими чертами» из-за наличия слуховых галлюцинаций, хотя неясно, понимает ли ребенок, что этот голос — плод его воображения, что было бы указанием на нормальное тестирование реальности и тогда, строго говоря, психоза бы не было.

Хотя в этом случае имеют также место нарушения поведения (воровство и непослушание) и отказ от посещения школы, на первом месте выделяются черты, характерные для тяжелого депрессивного приступа, соответствующие возрасту; необходимости в постановке дополнительного диагноза, такого, как нарушение поведения, нет. Диагноз DSM-III-R:

Ось I: Тяжелая депрессия, одиночный приступ с психическими чертами.

ИСТОРИЯ 5: ИНДУЦИРОВАННОЕ ПСИХОТИЧЕСКОЕ РАССТРОЙСТВО

Миссис Б., 43-летняя замужняя домохозяйка, поступила в больницу в 1968 г. с основной жалобой на то, что ее мучает «сексуальная проблема», она говорила, что нуждается в гипнозе, чтобы узнать, что случилось с ее половой сферой. Ее муж рассказал ее историю; он жаловался, что у нее множество внебрачных связей со многими мужчинами на протяжении всего периода семейной жизни. Он упорно говорил, что за один 2-недельный период у нее было до-100 сексуальных связей с другим мужчиной. Больная соглашалась с такой оценкой своего поведения, но не рассказывала о своих переживаниях, заявив, что у нее «блокирована» память. Она отрицала особый интерес к сексуальности, но сказала, что ощущает компульсивное побуждение к тому, чтобы уйти из дома и вступить в половую связь, хотя не чувствовала к ней интереса.

Больная замужем за своим мужем более 20 лет. Он явно доминирующий партнер в браке. Больная боится его частых вспышек гнева, и явно, это была его идея, чтобы поместить ее в больницу

для лечения гипнозом. Больная продолжала утверждать, что не понимает, почему ей хотелось уходить из дома и встречаться с другими мужчинами, что в действительности ей этого совсем не хотелось. Муж говорил, что иногда ему удавалось проследить за ней, и когда он ее находил, она вела себя так, как будто бы не знала его. Она подтверждает это и считает, что этот факт объясним приступами сексуальной неразборчивости, когда все остальное вытеснялось «амнезией».

Когда врач сказал, что у него есть сомнения относительно реальности сексуальной распущенности жены, ее муж разозлился и обвинил врача и фельдшера больницы в сексуальных связях с ней.

Ни амитал-натриевое растормаживание, ни значительная психотерапия не помогли жене разъяснить «блокировку памяти» на период сексуальной активности. Больная признала, что имела две внебрачных связи, одну 20 лет тому назад, вторую непосредственно перед поступлением в больницу. Она заявила, что последняя была задумана ее мужем, и он в это время тоже находился дома. Она продолжала верить в свои бесчисленные сексуальные связи, хотя вспомнила только две из них.

ОБСУЖДЕНИЕ

Первое впечатление складывалось в пользу амнестического синдрома, психогенного или органического. Однако масса фактов, изложенных мужем, главным рассказчиком, вызвала подозрения о том, что он испытывает бред преследования, содержанием которого являются многочисленные неверности его жены. Очевидно под его влиянием его жена поверила в это бредовое содержание, объяснив тот факт, что она не помнит об этих связях, «амнезией». По-видимому, она разделила его бред преследования, и на самом деле у нее не было никакой «амнезии». Поскольку специфические особенности шизофрении отсутствуют (например, причудливый бред, галлюцинации или бессвязность мышления) и в связи с тем, что бредовая система развилась в результате тесных связей с другим лицом, у которого имеется заболевание с бредом преследования, диагноз — индуцированное психотическое расстройство, прежде называемое общим параноидным расстройством в DSM-III-R.

Интересным штрихом здесь является то, что больная при малочисленности своих внебрачных связей, о которых она заявила, стала предметом бреда преследования своего мужа. Более типично для индуцированного психотического расстройства, что лицо, которое разделяет бред другого лица, считает, что его или ее также преследуют.

Диагноз DSM-III-R: Ось I: Индуцированное психотическое расстройство.

ИСТОРИЯ 6: РАССТРОЙСТВО В ВИДЕ СОМАТИЗАЦИИ

Перепуганный врач-терапевт обратился за помощью к психиатру по поводу 50-летней разведенной и в настоящее время безработной секретарши. При первом посещении она лежала с искаженным лицом в кровати; отмечались отдельные подергивания рук, одно в несколько секунд. Через 10 мин она села и рассказала, что у нее был «припадок», который «все еще там, в ее позвоночнике». Считала, что каждую минуту он «может разразиться и опять овладеть ею». Нарушения у нее начались два с половиной месяца тому назад с тошноты, стеснения в животе и боли в конечностях, что заставило ее провести несколько дней в постели.

Больная рассказала, что страдает болями в животе с 17-летнего возраста, по поводу которых была произведена диагностическая операция, которая, однако, не выявила никакого определенного заболевания. У нее было несколько беременностей, каждая с тяжелой тошнотой, рвотой и болями в животе; произведена гистерэктомия по поводу «наростов на матке». С 40-летнего возраста испытывает головокружения с «отключениями», которые она объясняла возможным наличием рассеянного склероза или опухоли мозга. Она часто плохо себя чувствовала на протяжении длительного периода времени, когда вынуждена была лежать в постели, испытывая слабость, нечеткость зрения и затрудненное мочеиспускание. В возрасте 43 лет оставила работу в связи с грыжей и непереносимостью некоторых видов пищи. Несколько раз госпитализировалась в разные больницы с неврологическими нарушениями, гипертензией и нарушением функции почек; во всех случаях не удавалось поставить определенный диагноз.

Находится в разводе с 32-летнего возраста, работает только время от времени. Живет со своим единственным ребенком, взрослым сыном. Ведут довольно бродячий образ жизни, иногда поселяются в гостинице, затем через несколько месяцев переезжают в другой город. Не поддерживают отношений ни с кем, кроме друг друга. Она избегает гетеросексуальных сношений, утверждая, что секс ее никогда не привлекал.

ОБСУЖДЕНИЕ

Это хроническое, полисимптоматическое расстройство в виде наличия физически необъяснимых симптомов, включающих множество органов и систем. Имеют место желудочно-кишечные нарушения (тошнота, переполнение желудка, рвота, вздутие, непереносимость к пище), нарушения со стороны гинекологии (тошнота и рвота во время беременности); психосексуальные нарушения (сексуальное безразличие), боли (конечности, живот) и сердечно-

легочные нарушения (головокружение). Эти симптомы приводили к множественным обследованиям и госпитализациям. Такая клиническая картина, более типичная для женщин, чем для мужчин, в прошлом называлась истерией или синдромом Брике, а теперь называется расстройством в виде соматизации.

Хотя имеются конверсивные симптомы (припадки), диагноз конверсии не ставят, так как налицо развернутая картина расстройства в виде соматизации. Здесь нет произвольного желания, продемонстрировать свои нарушения, т. е. симуляции. Часто, но не всегда, расстройство в виде соматизации бывает у истерической личности. В этом случае факты, которые позволили бы добавить этот второй диагноз, отсутствуют. Диагноз DSM-III-R: Ось I: Расстройство в виде соматизации.

ИСТОРИЯ 7: АТИПИЧНЫЙ ПСИХОЗ

42-летняя женщина, занимающая высокое общественное положение, никогда ранее психических нарушений не имела. По случаю открытия нового концертного зала, где должна была состояться премьера балета, больная в связи со своим общественным положением (она была советником по культуре) собиралась быть там ответственным по координации. Однако осложнения в процессе строительства, включая забастовки, поставили под угрозу своевременное завершение строительства. Главный архитектор, капризный человек, угрожал, что заберет проект, если материалы не будут точно соответствовать обозначенным в контракте. Больная попыталась охладить его горячность, заставив враждующие группы сесть за переговоры. У нее также возросла ответственность за дом, поскольку женщина, ведущая хозяйство, вынуждена была уехать к больной родственнице.

На высоте этих трудностей лучшая подруга больной погибла в автомобильной катастрофе. Больная является единственным ребенком в семье, и эта подруга была для нее самой близкой со школьного возраста. Люди часто говорили, что эти две подруги как сестры. Сразу же после похорон у больной стали нарастать нервозность и напряжение, она спала только по 2—3 ч. Через два дня увидела, как женщина ведет машину, такую же как была у ее подруги. Она была изумлена, и тут же появилось убеждение, что подруга жива, что несчастный случай был инсценирован, так же как и похороны, все — части единого замысла. Весь этот заговор был каким-то образом направлен против больной, и она ощущает себя в опасности, причем, должна приоткрыть эту тайну, остаться живой. Она перестала верить всем, кроме своего мужа, стала считать, что телефон прослушивается и в комнатах установлены тайные микрофоны. Умоляет мужа помочь ей спасти ее жизнь. Слы-

шит высокочастотные колебательные звуки, которые принимает за ультразвуковые лучи, преследующие ее. Находилась в состоянии патологической паники, когда муж на следующее утро доставил ее в отделение скорой помощи.

ОБСУЖДЕНИЕ

Нашим первым впечатлением было, что это довольно яркий пример кратковременного реактивного психоза. Тяжелый психосоциальный стресс (смерть и похороны подруги) предшествовал развитию психотических симптомов (бред преследования и, позже, слуховые галлюцинации) во время короткого эпизода болезни. Однако при дальнейшем исследовании выяснилось, что психотические симптомы начались не сразу же после стресса, как это бывает при кратковременных реактивных психозах, но три дня спустя. Более того, хотя больная была нервозной и напряженной, у нее не обнаруживалось признака эмоциональных страданий, а имели место быстрые смены дисфорических аффектов, и ни один из них не был устойчивым.

Поскольку доминирующим симптомом являются бред преследования, необходимо подумать об остром бредовом расстройстве, но для этого диагноза необходимо, чтобы расстройство продолжалось по меньшей мере одну неделю. Более того, некоторые врачи рассматривают бред больной об ультразвуковых лучах, «направленных на нее», как причудливый, что исключает бредовое расстройство и заставляет думать о шизофрении. Таким образом, нам остается только категория атипичного психоза. Если заболевание будет продолжаться более недели или двух, но менее 6 мес, диагноз изменится на острое бредовое расстройство или расстройство в форме шизофрении. Диагноз DSM-III-R:
Ось I: Атипичный психоз (предположительный): R/O
Острое бредовое расстройство, шизофрения.

ИСТОРИЯ 8: ШИЗОФРЕНИЯ

Сюзанна, 15 лет, была осмотрена по просьбе школьной администрации, чтобы выяснить вопрос о том, как с ней поступить. Она недавно живет в данном районе, куда переехала со своей семьей; сначала она ходила в обычный класс, затем была переведена в класс для детей с эмоциональными нарушениями. С ней было очень тяжело, она с трудом понимала, как выполнять школьное задание на уровне 5-го класса, несмотря на явно достаточный запас слов; она мешала заниматься другим, издавая звуки различных животных и рассказывая фантастические истории, и дети из-за этого смеялись над ней.

Дома Сюзанна была агрессивной, в состоянии фрустрации била и кусала своих родителей. Ей часто все надоедало, у нее не было друзей и она никак не могла чем-нибудь себя занять. Много времени проводит, рисуя роботов, космические корабли или различные конструкции из области фантастики и будущего. Иногда говорит, что хочет умереть, но никогда не делала суицидальных попыток и, по-видимому, серьезно не думала о самоубийстве. Ее мать сообщила, что она была странной с самого рождения и что начало данного заболевания было настолько постепенным, что она не может назвать даты.

Пренатальная и родительская история у Сюзанны без особенностей. Этапы развития у нее задерживались, и она не произносила ни единого слова до 4—5-летнего возраста. Даже когда она пошла в школу, ее способности вызывали сомнения. Повторные оценки IQ давали менее 70, что было ниже ожидаемого даже для такого уровня способностей. В связи с тем что ее отец был военным, семья много переезжала, результатом этого явилось отсутствие убедительных данных о ее состоянии в прошлом.

Родители сообщают, что Сюзанна всегда была трудной и беспокойной, и некоторые врачи считали, что это не просто умственная отсталость, но серьезное психическое расстройство. В 12 лет в связи с плохой успеваемостью в школе было проведено исследование, показавшее «факты причудливости мыслительного процесса и фрагментарность структуры эго». К этому времени она хорошо спала по ночам и не вскакивала от ночных кошмаров или с причудливыми требованиями, хотя они явно присутствовали в ее прежнем поведении. В последнее время она спит очень плохо и пытается разбудить весь дом, вскакивая и бродя вокруг. Мать подчеркивает ее непредсказуемость, смешные истории, которые она любит рассказывать и в которых она говорит сама с собой «смешными голосами». Ее мать рассматривает эти истории как детские забавы и не обращает на них серьезного внимания. Она говорит, с тех пор как Сюзанна посмотрела фильм «Звездные войны», у нее появились навязчивые идеи о космических кораблях, космосе и о будущем.

Ее родителям примерно по 40 лет. Ее отец, выйдя в отставку с военной службы, работает инженером. Мать Сюзанны чрезвычайно высокого мнения о себе. Она заявляет, что выросла в Индии, где у нее было в детстве много приключений, драматических событий, в том числе и случаи, где имело место насилие. Многое из того, что она рассказывала, звучало в значительной мере неправдоподобным. Ее муж запрещает ей рассказывать о своем прошлом в его присутствии и старается преуменьшить это и все, что касается нарушений у Сюзанны. У родителей довольно сдержанные отношения, в которых отец играет роль молчаливого, властного диктатора дома, а мать — лица, обеспечивающего повседневные нужды дома. Мать, напротив, очень словоохотлива

и подробно объясняет историю дочери. Она все еще пребывает под властью переживаний своего детства. Брату Сюзанны 12 лет, он нормален и имеет в школе среднюю успеваемость. Он проводит дома мало времени, мало общается с семьей, предпочитая играть с друзьями. Он стесняется поведения Сюзанны и старается ее избегать.

При осмотре Сюзанна выглядит высокой полной девушкой, одутловатой, неряшливо одетой и несколько всклокоченной. Она громко жалуется на бессонницу, хотя подробности нарушений сна выявить очень трудно. Она подробно рассказывает о своих интересах и занятиях. Она рассказала, что сделала робота в подвале, а он впал в одержимость и грозил натворить много бед, но она сумела его остановить с помощью дистанционного управления. Она сказала, что создала робота из запчастей к компьютеру, которые взяла в местном музее. Когда ее заставляли рассказать правду, как она это сделала, становилась рассеянной, а когда попросили нарисовать этого робота или что-либо из ее изобретений, она рисовала картинку железной дороги и углублялась в комплекс математических вычислений для выяснения деталей конструкции, но на деле эти вычисления представляли собой бессмысленные символы (например, плюс, минус, разделить, прибавить). Когда врач деликатно выразил свое недоверие, она мягко сказала, что многие люди не верят, что она супергений. Она также говорила о своей способности слышать то, чего другие не слышат, и общаться с созданиями, подобными ей. Она говорила, что за ней охотятся, так как она, по-видимому, пришелец с другой планеты. Слышит голоса, говорящие про нее и задающие вопросы; они не пытаются говорить ей, что надо делать. Голоса были снаружи ее головы, но неслышимы для других. Она не задумывалась над вопросом, были ли эти разговоры с ней для нее грустными. Они не вызывали у нее зла или испуга.

Учитель отмечает, что способности Сюзанны к чтению находятся на уровне 5-го класса, а ее понимание прочитанного еще хуже. Она пытается читать то, что в книге не написано и иногда изменяет смысл прочитанного. Ее правописание находится на уровне 3-го класса, а математика еще немного ниже. Она старательно работает в школе, хотя и очень медленно. Если на нее оказывать давление, она огорчается, и работа продвигается еще хуже.

ОБСУЖДЕНИЕ

В настоящее время у Сюзанны обнаруживается несколько психотических симптомов. Она явно обнаруживает бред, состоящий в том, что она полагает, что сделала изобретение и общается «с такими же созданиями». У нее слуховые галлюцинации в виде голоса, говорящего с ней и задающего ей вопросы. Наличие бреда и галлюцинации при отсутствии органического фактора и развер-

нутого аффективного расстройства позволяет предполагать шизофрению.

Критерии DSM-III-R для шизофрении требуют наличия нарушений нормальной жизни по сравнению с предыдущей в таких областях, как социальные связи и обслуживание самого себя. Последний критерий, в частности, введен для того, чтобы исключить случаи, в которых заболевание было бы обусловлено любыми нарушениями способности осуществлять нормальную жизнедеятельность. Например, бывают изредка случаи, когда субъект может иметь причудливый бред в течение многих лет, без значительного нарушения этих способностей, и разумно было бы не считать это нарушение шизофренией. Такие необычные состояния, по-видимому, в конце концов следует определять как атипичные психозы. Проблема в данном случае заключается не в том, что отсутствуют нарушения способности осуществлять нормальную жизнедеятельность, а в том, было ли или нет ухудшение. Мать Сюзанны говорит, что она была «другой» с самого рождения, с задержкой основных вех развития, и не говорила ни одного слова до 4—5-летнего возраста. Является ли ее настоящее психотическое поведение ухудшением по сравнению с уровнем, о котором говорилось? Такое заключение сделать трудно или даже невозможно, если с раннего возраста имела место серьезная психопатология. Следует ли в таких случаях ставить диагноз шизофрении, даже если в более позднем возрасте имеются симптомы, характерные для шизофрении? Некоторые скажут, что шизофрению надо диагностировать только, если психоз развивается у личности, ранее нормальной. Согласно этой точке зрения, Сюзанне нельзя было бы ставить диагноз шизофрении. Другие возразят, что часто, так же, как в случае с Сюзанной, продромальная фаза некоторых тяжелых форм шизофрении может иметь место уже с детства. Мы придерживаемся этой последней точки зрения, так как думаем, что история тяжелых психических нарушений в раннем детстве не является необычной в случаях, в которых на более поздних стадиях развивается типичная шизофрения. Поэтому мы ставим Сюзанне диагноз «шизофрения, хроническая форма». Хотя ее бред носит характер грандиозности, он слишком диффузен для параноидной формы. При отсутствии выраженных кататонических черт и значительной спутанности мы ставим диагноз недифференцированный тип. Диагноз DSM-III-R: Ось I: Шизофрения, хроническая, недифференцированный тип.

ИСТОРИЯ 9: АЛКОГОЛЬНАЯ ДЕМЕНЦИЯ

Студент-медик, находящийся на временной работе в больнице для хроников, был вызван для осмотра 56-летнего шефа маленького офиса, находящегося в данное время на пенсии. Больной

длительное время очень много пил. Задолго до настоящего времени, после развода, его пьянство становилось все более тяжелым, и имели место изменения личности. Он часто бывал драчлив, даже в трезвом состоянии, и иногда нападал на членов семьи. Эти нарушения привели к двум госпитализациям. Больной продолжал пить, и еще несколько раз поступал в больницу по поводу тремора и галлюцинаций во время абстиненции. У него никогда не было травмы головы или инсульта. В конце концов, из-за неспособности самому себя обслуживать как следует, он был отправлен в специальное заведение, но из-за драчливости и деструктивного поведения был госпитализирован в эту больницу 7 лет тому назад.

При осмотре студент отметил, что больной был несколько раздражителен и невнимателен. Сознание не затуманено, однако галлюцинации отсутствуют. Он знает название больницы, в которой находится, но не знает точную дату. Не может запомнить пяти названий различных предметов, забывает их через короткое время. Вспоминает события своей молодости, но не помнит о последних событиях. Помнит спор между президентом Труменом и генералом Мак Артером, но не помнит об Уотергейте. Речь нормальная, но он не мог срисовать копию двух- и трехмерных рисунков. Не может произвести даже простейших подсчетов, но правильно объясняет смысл пословиц (слишком буквально). При неврологическом обследовании обнаружено небольшое снижение локтевых рефлексов и небольшая нестабильность походки. Лабораторные анализы не выявили каких-либо нарушений, которые могли бы свидетельствовать об этиологии заболевании.

ОБСУЖДЕНИЕ

Нарушения кратковременной и непосредственной памяти говорят об амнестическом синдроме, но выраженные нарушения интеллекта, изменения личности, плохая критика и другие нарушения высших корковых функций (например, неспособность справиться с рисунками и выполнить простые подсчеты, конкретное объяснение поговорок), все это указывает на наличие более глобального нарушения — деменции.

Дифференциальный диагноз с деменцией включает поиск специфических факторов, таких, как травма (что особенно важно в истории алкогольной зависимости) или опухоль мозга. В этом случае отсутствие травмы в анамнезе и отрицательные лабораторные анализы на какой-либо специфический фактор деменции позволяет остановиться на том, что длительное тяжелое пьянство является наиболее вероятным этиологическим моментом; таким образом, диагноз—деменция, связанная с алкоголизмом. Диагноз DSM-III-R: Ось I: Деменция, связанная с алкоголизмом.

ИСТОРИЯ 10: АЛКОГОЛЬНАЯ АБСТИНЕНЦИЯ

43-летний плотник, разведенный, был обследован в отделении неотложной помощи, в палате с особым наблюдением. Сестра больного смогла дать некоторые сведения. Она сообщила, что больной пил очень много дешевого вина ежедневно в течение 5 лет. Очевидно, больной жил относительно нормально и стабильно до тех пор, пока его жена ушла к другому 5 лет тому назад. Сестра сказала, что больной выпивает больше пяти литров вина в день и что он это делает ежедневно со дня развода. У него наблюдалась временная потеря сознания из-за пьянства, он иногда пропускал работу; в результате он был уволен. К сожалению для него, плотники очень нужны, и ему удавалось добывать себе деньги. Однако 3 дня тому назад у него кончились деньги и вино, и он вынужден был на улице просить милостыню, чтобы купить еду. Он был истощен, питался, видимо, один раз в день и, очевидно, полагался на вино как единственный источник питания.

Утром того дня, когда он в последний раз выпил (3 дня тому назад), он почувствовал усиленное дрожание, руки тряслись так сильно, что было трудно зажечь сигарету. Это сопровождалось повышенным чувством внутренней паники, которое практически лишило его сна. Сосед обратил на него внимание, когда он уже не соображал и явно не мог заботиться о себе. Сосед обратился к сестре больного, а она доставила его в больницу.

При обследовании чередование состояния между непонятливостью и болтливостью, поверхность кожи теплая. Он возбужден и почти все время говорит. Периодически он узнает врача, но затем принимает его за своего старшего брата. Дважды за время беседы назвал врача именем своего брата и спросил, когда он приехал, очевидно, потеряв к этому моменту нить беседы. Сильно дрожат руки в покое, а иногда он пытается ловить «клопов», которых он видит между простынями. Дезориентирован во времени и думает, что находится в супермаркете, а не в больнице. Говорит, что чувствует, как он борется против ужасного чувства, что мир находится на грани гибели. Каждые несколько секунд всматривается и вслушивается в «звуки и картины сталкивающихся машин». Попытки тестировать память и счет не успешны, так как внимание очень неустойчиво. Электроэнцефалограмма показывает признаки диффузной энцефалопатии.

ОБСУЖДЕНИЕ

Этот плотник, при наличии в анамнезе длительного тяжелого пьянства, обнаруживает серьезный абстинентный синдром после прекращения потребления алкоголя. У него грубый тремор рук, тревога, дезориентация в месте и времени, неправильная трактовка (думает, что врач это его брат), зрительные галлюцинации —

ловля клопов на простыне, трудности в поддерживании внимания и синестезии (видит сцены крушения автомобилей, спровоцированные звуком катания колясок в зале).

Хотя лечение вначале должно быть направлено на алкогольный делирий, дополнительный диагноз алкогольной зависимости также ставится в связи с патологическим потреблением алкоголя (потребность каждый день пить более пяти литров алкоголя в день, провалы памяти) и нарушениями в области социальной и профессиональной деятельности больного (был уволен с нескольких работ).

Диагноз DSM-III-R:

Ось I: Делирий в результате алкогольной абстиненции.

Алкогольная зависимость.

ИСТОРИЯ 11: КОДЕИНОВАЯ ЗАВИСИМОСТЬ

42-летний служащий фирмы по изучению общественных отношений был доставлен на консультацию к психиатру хирургом, который обнаружил, что больной спрятал большое количество кодеинсодержащего лекарства от кашля, когда поступил в больницу. Больной очень много курит в течение последних 20 лет и страдает хроническим сухим кашлем.

При операции на спине 5 лет тому назад врачу пришлось прописать ему кодеин, чтобы облегчить боли, невыносимые в это время из-за кашля. Через 5 лет, однако, он продолжал употреблять кодеинсодержащие таблетки и повысил дозу с 60 до 90—95 таблеток ежедневно. Он заявил, что «часто берет их просто так, чтобы были под рукой и можно было бы принять, если надо, а не для получения особых ощущений». Несколько раз он пытался прекратить принимать кодеин, но не мог. К этому времени он был уволен с двух работ из-за небрежности в работе и находился в разводе с женой в течение 11 лет.

ОБСУЖДЕНИЕ

Наличие толерантности к кодеину, т.е. выраженное увеличение количества, необходимого для достижения желаемого эффекта (прием от 60 до 90 таблеток в день) позволяет поставить диагноз лекарственной зависимости. Диагноз кодируется как опиоидная зависимость, так как кодеин классифицируется как опиоид. Однако, записывается название реального вещества, кодеина, а не класса веществ, опиоидов. Течение характеризуется как хроническое, поскольку имеет место более или менее регулярное употребление более чем в течение 6 мес. Диагноз DSM-III-R: Ось I: Кодеиновая зависимость, хроническая.

ИСТОРИЯ 12: ПСИХОГЕННАЯ АМНЕЗИЯ

Врач отделения неотложной помощи попросил психиатра проконсультировать 18-летнего мужчину, который был доставлен в больницу полицией. Молодой человек выглядел утомленным и обнаруживал признаки длительного пребывания на солнце. Неправильно назвал текущую дату. Было трудно заставить его сосредоточиться на определенных вопросах, но если ему помогали, мог изложить некоторые факты. Помнит, что поехал кататься со своими друзьями примерно 25 сентября на выходные дни на побебережье во Флориде, когда наступила плохая погода. Не в состоянии вспомнить дальнейших событий и не знает, что случилось с его товарищами, и как он попал в больницу. Ему пришлось несколько раз напоминать о том, что он в больнице, поскольку он чувствует беспокойство по поводу того, где он находится. Каждый раз, когда ему об этом говорили, испытывает удивление.

Следов травмы головы или дегидратации нет. Обследования черепа не выявили патологии. Из-за явного истощения больного, ему дали поспать 6 ч. После пробуждения, он стал более внимательным, но все же не мог вспомнить, что случилось после 27 сентября, включая и то, как он оказался в больнице. Больше уже не сомневался, что находится в больнице, однако он не мог вспомнить, о чем говорилось в прошлой беседе, и тот факт, что он спал. Он сумел вспомнить, что является студентом колледжа, учится средне и имеет нескольких друзей и хорошие отношения с членами своей семьи. Он отрицал в прошлом посещения психиатра, употребление наркотиков или алкоголя.

В связи с хорошим физическим состоянием больного ему сделали амитал-натриевое растормаживание. Во время беседы он рассказал, что ни он, ни его друзья не были хорошими моряками, чтобы могли справиться со штормом, когда он наступил. Хотя он принял меры предосторожности, привязавшись к лодке поясом и галстуком, его друзья не сделали этого и были смыты в море. Он полностью потерял контроль за лодкой и понимал, что зависит только от случайностей и своей судьбы. Через три дня он смог съесть немного пищи, спрятанной за кабиной. Он никогда больше не видел никого из товарищей, с которыми ушел в море. Был подобран 1 октября службой береговой охраны и доставлен на берег, а затем полицейский отвез его в госпиталь.

ОБСУЖДЕНИЕ

Дифференциальный диагноз острой потери памяти начинается с рассмотрения органического психосиндрома, такого, как делирий, деменция или амнестический синдром, который может быть связан с травмой головы, цереброваскулярными нарушениями или злоупотреблением некоторыми веществами. Нормальный

физический и неврологический статус и отсутствие в анамнезе употребления наркотиков исключает эти предположения у данного больного. При амитал-натриевой беседе становится очевидным, что амнестический период развился вслед за очень травматизирующим и опасным для жизни событием. Амнезия (потеря памяти, слишком обширная, чтобы ее можно было назвать «забывчивостью»), которая не связана с органическим психосиндромом, указывает на то, что можно поставить диагноз психогенной амнезии. В тгом случае, описанная амнезия и приводящая в недоумение дезориентация во время амнестического периода, обе наступающие вслед за травматизирующим событием, вполне типичны для данного диагноза. Диагноз DSM-III-R: Ось I: Психогенная амнезия.

ИСТОРИЯ 13: КОНВЕРСИВНОЕ РАССТРОЙСТВО

46-летняя замужняя домохозяйка была доставлена мужем на консультацию к психиатру. Во время конфликта с женой муж заметил «припадки» головокружения, которые, как говорила жена, полностью лишают ее трудоспособности.

Во время консультации жена рассказывает, что ее измучили очень сильные головокружения, сопровождающиеся легкой тошнотой, четыре или пять вечеров в неделю. Во время этих приступов она ощущает, что вся комната вокруг нее становится «мерцающей» и ее охватывает чувство, что она «плывет» и не в состоянии поддерживать равновесие. Всегда припадки начинаются в 4 ч вечера. Она обычно вынуждена ложиться на кушетку и часто улучшения не наступает до 7—8 ч вечера. После того как это пройдет, она обычно проводит время у телевизора, а еще чаще в такие вечера сразу засыпает в гостиной, не дойдя до постели, и так продолжается до 2—3 ч утра.

Терапевт характеризует физическое состояние больной как вполне нормальное, невропатолог тоже. Гипогликемия исключается тестами толерантности глюкозы.

Когда ее спросили о браке, больная описала мужа как тирана, часто оскорбляющего ее и их четверых детей, предъявляющего невероятные требования и часто бранящего ее. Она признала, что боялась его возвращения домой, зная, что он скажет, что дом запущен и обед, если он приготовлен, совсем не соответствует его вкусу. Недавно, когда у нее появились приступы, не смогла готовить обед, и он с четырьмя детьми должен был идти в закусочную или местную пиццерию. После этого он улегся в постель и стал смотреть игру в мяч, не разговаривая с ней. Несмотря на такие отношения, больная заявила, что любит его и очень нуждается в нем.

ОБСУЖДЕНИЕ

Женщина предъявляет целый ряд жалоб (головокружение, тошнота, нарушения зрения, утрата равновесия), которые указывают на соматическое заболевание. Однако при обследовании многими специалистами заболевания не обнаружено. При исключении физической причины, которая могла бы обусловить все эти нарушения, проводится дифференциальный диагноз между необнаруженным соматическим расстройством и психическим заболеванием.

Контекст, в котором проявляются эти нарушения, свидетельствует о роли психологического фактора в их развитии: они возникают практически в одно и то же время каждый день, тесно связаны с возвращением мужа с работы; они не позволяют больной ни избежать столкновения с мужем и его гневного обвинения по поводу плохого ведения домашнего хозяйства, ни приготовить обед. Поскольку нет фактов, которые могли бы указывать на то, что она специально вызывает эти нарушения, например, принимает лекарство, которое вызывает такие симптомы, или утверждает, что они есть, когда их нет (диагноз симуляции исключается). Имеет место соматоформное расстройство — психическое нарушение с физическими жалобами, напоминающими соматическое заболевание.

Так как жалобы больной не являются частью обширного полисимптоматического расстройства, включающего много систем и органов, расстройство в виде соматизации исключается. Симптомы ограничены нарушением физических функций, поэтому ставится диагноз конверсивного расстройства. Диагноз DSM-III-R: Ось I: Конверсивное расстройство.

ИСТОРИЯ 14: СОМАТОФОРМНОЕ БОЛЕВОЕ РАССТРОЙСТВО

29-летняя замужняя женщина поступила на обследование в специализированное психиатрическое учреждение. Три месяца тому назад она ехала в машине, которую вел ее муж и которая попала в легкую автомобильную катастрофу. Ее бросило вперед, но она избежала удара о стекло, так как была привязана ремнем. Через три дня она начала жаловаться на напряжение в области шеи и острые иррадиирующие боли в обеих руках, позвоночнике и обеих ногах, а также в спине. Ортопедическое обследование не обнаружило какого-либо поражения, которое могло обусловить эти боли, поэтому ее направили в неврологическую клинику.

Больная привлекательная, стройная женщина, явно переживающая отчаяние и описывающая свое нарушение и симптомы живо, в подробностях, показывая направление своих болей по рукам и ногам. Часто улыбается молодому психиатру и еще двум врачам, принимающим участие в обследовании, выполняет все тесты точно и, по-видимому, получает удовольствие от проявления к ней внимания. Неврологическое исследование не обнаруживает никаких отклонений от нормы.

Психиатр расспрашивает ее о прошлой и настоящей жизни. Ранее признаков эмоциональных нарушений не было. Больная работает компьютерным программистом. Замужем в течение 4 лет, детей нет. До настоящего времени семейная жизнь была спокойной, за исключением того, что муж иногда жаловался на то, что они «не соответствуют» друг другу в сексуальном плане, а именно в том, что он более заинтересован в частых сношениях и «с большим воображением», а ее устраивают сношения один раз в неделю без предварительных ласк.

За две недели до аварии больная обнаружила номер телефона женщины у своего мужа в бумажнике. Когда она стала его расспрашивать, он сказал, что встречался с этой женщиной в прошлом году, а также еще с некоторыми с целью «сексуального облегчения». Больная была жестоко обижена и удивлена; это продолжалось несколько дней, после чего она стала злиться и бранить его за измену. Ко времени аварии они спорили в машине по дороге к дому друзей, куда ехали на обед. После аварии решили стараться больше удовлетворять друг друга в брачной жизни, включая сексуальный аспект, но из-за болей больная вообще не могла иметь половых сношений.

ОБСУЖДЕНИЕ

Отсутствие физических нарушений и очевидная причина нарушений исключают физическое заболевание, симуляцию и искусственно демонстрируемое расстройство. Очевидна роль психологических факторов в возникновении данного расстройства.

Трудно не сделать вывода о том, что боли у этой женщины выполняют функцию, помогающую ей избежать сношений с мужем, которые ей неприятны, а ей приходится иметь дело и с возросшими сексуальными потребностями супруга, и с их сексуальной несовместимостью. Дальнейшим подтверждением роли психологических факторов является временная связь между началом нарушений и открытием, что ее муж имеет внебрачные сексуальные связи.

Диагноз DSM-III-R: Ось I: Соматоформное болевое расстройство.

ИСТОРИЯ 15: ИПОХОНДРИЯ

28-летний радиолог был осмотрен после пребывания в 10-дневном диагностическом центре, куда он обратился по поводу желудочно-кишечных нарушений, из-за которых «дошел до предела». Он говорит, что подвергся тщательному соматическому и лабораторному исследованию, включая рентгенодиагностику всего желудочно-кишечного тракта, эзофагоскопию, гастроскопию и колоноскопию. Хотя ему сказали, что результаты обследования отрицательные на наличие соматического заболевания, вместо облегчения почувствовал удивление и недоверие. Его бегло осмотрел психиатр в диагностическом центре, после чего направил его в более квалифицированное психиатрическое учреждение из-за трудностей в диагностике.

При дальнейшем исследовании он описал случайные приступы боли в желудке, чувство «переполнения», «урчание» в кишечнике и «твердое образование», которое он ощущал в левом нижнем квадранте живота. В течение последних нескольких месяцев он все больше убеждался в том, что у него имеются эти неприятные ощущения, которые могут быть симптомами рака кишечника. Проверял стул на наличие скрытой крови каждую неделю и каждый день по 15—20 мин тщательно пальпировал живот, лежа дома в постели. Тайно делал сам себе рентген после работы.

Хотя с работой он достаточно хорошо справлялся, у него отличная характеристика и он активен в общественной жизни, большую часть времени больной проводит один, лежа в постели. Его жена, инструктор в школе медсестер, очень огорчена и недовольна его поведением, которое она характеризует как «ограбление всего того, что мы с таким трудом заработали и лишение радостей на длительное время». Хотя они с больным имеют вместе много общего и любят друг друга, его поведение вызывает напряжение в семейной жизни.

Когда больному было 13 лет, при обследовании в школе у него прослушали шум в сердце. После того как его младший брат умер в раннем детстве от врожденной болезни сердца, больной перестал посещать гимназию до тех пор, пока шум не прекратился. Медицинская оценка была обнадеживающая, но больной начал беспокоиться, что «они что-то пропустили», и обнаруживал временами неприятные ощущения со стороны сердца и считал это подтверждением своих предположений. Он продолжал испытывать страхи в течение следующих 2 лет, но и в дальнейшем они полностью никогда не покидали его.

На втором году обучения в медицинском институте он обсуждал свои болезни с коллегами, которые также боялись, что страдают некоторыми заболеваниями, которые они изучали в Институте. Он, однако, понимал, что гораздо больше, чем они, одержим своими болезнями. Окончив медицинский институт, пери-

одически испытывал одни и те же ощущения: замечал симптом, который начинал занимать все его внимание, и при этом проходил обследование, результаты которого были отрицательны. Иногда он возвращался к «старому» симптому, но стеснялся обращаться к врачу, который его уже хорошо знал, например когда открывал «подозрительный» невус, только что пройдя обследование у дерматолога и сделав биопсию, показавшую полное отсутствие патологии.

Больной излагает свой анамнез очень искренне, только слишком увлекается рассказом о подробностях своих небольших нарушений со стороны уретры, которые клинически не удавалось обнаружить, и это удалось сделать только с помощью внутривенной пиелограммы. В конце беседы он сообщил, что поступил на обследование по своему настоянию, чему предшествовало столкновение с сыном, 9-летним мальчиком. Сын случайно увидел, как он пальпирует живот в поисках «образования», и спросил: «Папа, что ты делаешь?» Когда он это описывал, его переполняли стыд и гнев (в основном на самого себя) за этот инцидент, и глаза наполнялись слезами.

ОБСУЖДЕНИЕ

Очевидно, что симптомы, имеющие место у этого доктора, не связаны с соматическим заболеванием. Одержимость своим физическим состоянием без органической основы наблюдается при психотических расстройствах, таких, как шизофрения или тяжелая депрессия с психотическими чертами, но здесь нет указаний на наличие психотических расстройств. Таким образом, отмечается соматоформное расстройство — психическое расстройство, которое проявляется в виде соматических жалоб без наличия физической причины и при сильном влиянии психологических факторов.

Целый ряд физических симптомов без реальной основы имеет место при расстройстве в виде соматизации. В данном случае симптомов несколько, тогда как при расстройстве в виде соматизации их огромное множество, и они касаются различных органов и систем.

Более того, при расстройстве в виде соматизации имеет место одержимость самими симптомами. В данном случае преобладает страх наличия серьезного заболевания и нереалистическая трактовка признаков и ощущений. Упорный иррациональный страх, несмотря на медицинские освидетельствования, мешающий нормальной социальной и профессиональной деятельности, указывает на ипохондрию. Диагноз DSM-III-R: Ось I: Ипохондрия.

ИСТОРИЯ 16: ЭКСГИБИЦИОНИЗМ

27-летний инженер обратился за консультацией в связи с непреодолимой потребностью показывать свой обнаженный половой член незнакомым женщинам.

Больной, единственный ребенок, воспитывался в ортодоксальной еврейской среде. Сексуальность строго запрещалась обоими родителями как «грязь». Его отец, школьный учитель, был авторитарен и склонен к наказаниям, но дома принимал мало участия в жизни семьи. Его мать, домохозяйка, доминировала в семье, все контролировала и во все вмешивалась. Она была одержима чистотой и купала больного до тех пор, пока ему не исполнилось 10 лет. Больной вспоминает, что боялся наступления эрекции в присутствии матери, когда однажды она его купала, но этого не случилось. Мать была против его свиданий с девушками в подростковом возрасте. Она не позволяла приглашать их домой, считала, что можно это делать только с женщиной, которая уже «твоя жена, а не раньше». Несмотря на антисексуальное воспитание матери, она сама часто ходила по дому почти неодетой в его присутствии. К своему стыду, он находил, что это его возбуждает, что случалось довольно часто.

Подростком больной был тихим, замкнутым и прилежным; учителя считали его «идеальным». Он дружил, но без панибратства с некоторыми из своих сверстников мальчиков. Пубертат наступил в 13 лет, и его первая эякуляция произошла на этой стадии во сне. Из-за чувства вины он не занимался мастурбацией, а в возрасте от 13 до 18 лет оргазм наступал только во время ночных поллюций.

Он не встречался с женщинами до 25 лет, пока не оставил родительский дом. В течение последующих 2 лет встречался иногда, но был слишком заторможен для того, чтобы начать сексуальную жизнь.

В возрасте 18 лет по причинам, неясным ему самому, за неделю до выпускных экзаменов, ему вдруг страстно захотелось заняться сексуальной активностью, по поводу которой он в настоящее время обратился к врачу. Он стал искать случая, при котором он остался бы один на один с незнакомой женщиной. Оказавшись в такой ситуации, при приближении к женщине чувствовал сексуальное возбуждение. Подходил к ней и обнажал половой член. Затем обнаружил, что шок и ужас, который испытывает женщина, вызывают у него сексуальное возбуждение; после этого, как правило, наступала эякуляция. В других случаях вспоминал прошлые приключения такого рода при мастурбации.

Испытывал чувство вины и стыда после того, как обнажался, и давал себе клятву никогда больше этого не делать. Тем не менее желание снова одолевало его, и это поведение повторялось часто, обычно в период повышенного напряжения. Он чувствовал отчая-

ние, но ему было слишком стыдно, чтобы обратиться к врачу. Однажды, когда ему было 24 года, его почти поймал полицейский, но ему удалось убежать.

За последние 3 года больной научился сопротивляться своим эксгибиционистским потребностям. Однако недавно он встретил молодую женщину, которая влюбилась в него и захотела вступить с ним в сексуальную связь. Он впал в панику, поскольку никогда не имел половых сношений и боялся, что не сможет их совершить. Он любит и уважает свою сексуальную партнершу, но осуждает ее за то, что она хочет вступить в связь, не выйдя сначала замуж. Опять начал обнажаться и боится, что если не перестанет это делать, его арестуют.

ОБСУЖДЕНИЕ

Можно во всех подробностях обсуждать детство и переживания, которые внесли вклад в его нарушения. Однако диагноз не вызывает сомнений. Повторяющееся обнажение полового члена для того, чтобы достигнуть сексуального возбуждения и отсутствие попыток совершить последующие сексуальные действия указывает на эксгибиционизм.

Многие считают, что в этом случае имеют также место сосуществующее расстройство личности, но этот диагноз нельзя поставить до тех пор, пока не будет информации о том, как он ведет себя в повседневной жизни. Диагноз DSM-III-R: Ось I: Эксгибиционизм.

ИСТОРИЯ 17: ЗАТОРМОЖЕННЫЙ ОРГАЗМ У ЖЕНЩИН

Больная, 25-летняя женщина, работающая лаборанткой, замужем за 32-летним водителем в течение 5 лет. У них есть сын 2 лет, и брак кажется гармоничным.

Больная предъявляет жалобу на то, что она никогда в жизни не могла почувствовать оргазм. Оргазм у нее никогда не наступал, хотя во время сексуальных сношений она получала достаточную стимуляцию. Она пыталась мастурбировать, и во многих случаях муж терпеливо осуществлял стимуляцию руками в течение длительного времени. Хотя она не испытывала удовольствия, она сильно привязана к своему мужу, чувствует эротическое удовольствие во время сношений и влагалище обильно смазывается. Оба они утверждают, что у мужа нет никаких сексуальных нарушений.

Мысли ее по мере приближения к оргазму наполняются чем-то страшным, каким-то неопределенным ужасом. В общем она боится потерять контроль над собой, который в норме она сохраняет.

Она особенно боится обнаружить чувства гнева или враждебности.

При физическом обследовании патологии не выявлено.

ОБСУЖДЕНИЕ

Сексуальные нарушения у этой женщины ограничиваются отсутствием оргазма в реакции сексуального цикла (у нее нет нарушений, выражающихся в отсутствии желания к совершению полового акта или в возникновении возбуждения). Во время сношения имеются признаки наличия адекватной стимуляции. Ее слова о боязни чего-то «страшного» и «неопределенного ужаса» по мере приближения оргазма свидетельствуют о наличии патологического торможения. Никаких других нарушений по Оси I нет; отсутствуют также какие-либо физические расстройства, которые могли бы обусловливать эту патологию. Таким образом, диагноз — заторможенный оргазм.

Если в процессе лечения окажется, что страх потерять контроль является симптомом личностного расстройства, такого, как обсессивно-компульсивное расстройство личности, будет поставлен основной диагноз психосексуальной дисфункции. Только в том случае, если сексуальное расстройство квалифицируется как симптом другого заболевания Оси I, например тяжелой депрессии, диагноз психосексуальной дисфункции не ставится. Диагноз DSM-III-R: Ось I: Заторможенный оргазм у женщины

ИСТОРИЯ 18: ПОВТОРЯЮЩИЕСЯ ВСПЫШКИ РАЗДРАЖИТЕЛЬНОСТИ

Домохозяйка, 31 года, обратилась за помощью по поводу вспышек раздражения, связанных с диссонансом в браке и наблюдающихся в течение 3 последних лет. За последние несколько лет ухудшились отношения с мужем, которого она подозревала в связи со своей секретаршей. Когда он задерживался поздно на работе, она всегда упрекала его в этом. Во время таких эпизодов она чувствует, как нарастает напряжение и хочет «разрядить его» с помощью гимнастики, однако часто «взрывается», когда муж возвращается домой поздно. Иногда она бросает в него стаканом, иногда бьет ногами в туфлях с высокими каблуками так, что сыплется штукатурка, а однажды разбила рукой окно, когда муж вышел из комнаты во время очередной вспышки. Перед каждой вспышкой она старается оставаться спокойной, но часто испытывает головную боль и чувство «незнакомости», когда ее муж возвращается домой и она смотрит на него. В этот момент она обычно теряет контроль и становится неистовой. После вспышки на-

ступает депрессия и она сожалеет о случившемся, считая, что эти вспышки — «сумасшествие», даже если ее подозрения справедливы. Она также признает, что когда дети плачут или проявляют нетерпение во время вспышек, она чересчур рьяно шлепает или наказывает их, сильнее, чем обычно. Однажды, когда один ребенок долго не засыпал, она слишком сильно ударила его, так, что у него остался синяк на лице.

Эпизоды потери контроля случаются один или два раза в месяц, но как будто нарастают последние годы. В промежутке между ними она спокойна и не обнаруживает признаков агресивности.

В прошлом в возрасте 18 лет больная теряла сознание на короткий период времени во время катания на роликах (был несчастный случай), но никакого лечения не проводилось. У нее имели место повторные травмы головы, так что дома ей советовали «носить футбольный шлем» из-за своей неловкости.

При ЭЭГ-обследовании обнаружены неспецифические нарушения мозга дизритмией на частотах 6 и 14 с. Во время лечения опять бранилась с мужем, который в конце концов признал, что имел связь с секретаршей.

ОБСУЖДЕНИЕ

Больная решила лечиться, поскольку она понимает, что даже если ее подозрения насчет мужа оправданы, вспышки гнева у нее носят неадекватный характер и не являются особенностью ее дружественно ориентированной личности. Каждой вспышке предшествует чувство напряжения, а за ней следуют угрызения совести. Эти особенности указывают на импульсивное расстройство, периодические вспышки раздражительности.

Диагноз в данном случае основывается на двух положениях. Имеются ли в результате этих вспышек «серьезные оскорбительные действия или порча имущества», и «находится ли данное поведение вне каких-либо психологических стрессов, которые могли бы его обусловить?». Больная однажды разбила окно кулаком, а в другой раз ударила ребенка по лицу. Эти действия не достигают порога серьезных повреждений и порчи имущества, хотя некоторые могут и не согласиться. Но что делать с потерей контроля, как в том случае, когда ребенок отказался ложиться спать? Мы склонны считать это значительным нарушением поведения, которое было спровоцировано психологическим фактором. Поэтому мы предлагаем диагноз «периодические вспышки раздражительности», отношения между этим расстройством и «нормальными» вспышками раздражительности точно не установлены, в частности, нельзя сказать, как появляются вспышки при ссорах между супругами и родителями с детьми. В данном случае, из-за возможности нанесения вреда детям, мы считаем лучше ошибиться

в пользу более серьезного диагноза, делающего возможным прохождение курса лечения, чем оставить без внимания потерю родителями контроля над собой в их обращении с детьми.

Патологические изменения ЭЭГ указывают на то, что в основе этого заболевания лежат нарушения со стороны центральной нервной системы, как часто бывает у больных с этой патологией. Это является основанием для того, чтобы отметить по Оси III наличие поражения мозга и патологии ЭЭГ. Диагноз DSM-III-R:

Ось I: Повторяющиеся вспышки раздражительности (предварительный).

Ось III: В анамнезе — органическое поражение мозга и неспецифические изменения ЭЭГ.

ИСТОРИЯ 19: ИСКУССТВЕННО ДЕМОНСТРИРУЕМЫЕ РАССТРОЙСТВА С ПСИХОЛОГИЧЕСКИМИ НАРУШЕНИЯМИ

Дж. П., сильный 24-летний мужчина, сам обратился в клинику за помощью. Сказал психиатру, что принял 30 таблеток по 200 мг аминазина в автобусе по пути в больницу. После лечения от «суицидальной попытки» переведен в психиатрическое отделение.

При исследовании психического статуса больной рассказал выдуманную историю, что его отец—знаменитый хирург, у которого на операции умерла больная, а ее муж убил затем его отца. Дж. П. выследил убийцу отца и нашел его, но убить его помешала 94-летняя бабушка, которая приехала к больному. Он рассказывал также интригующие истории о спортивной машине стоимостью 14000 долларов, в которой был мощный двигатель дизельного типа, и о своих детях, двух однояйцевых тройнях. Все эти рассказы носили характер грандиозности, и ни один из них нельзя было подтвердить. Больной заявил, что он слышит голоса, как по телевизору или во сне. Отвечал утвердительно на вопросы о том, контролируются ли его мысли и передаются ли они по радио, и, по его словам, можно было сделать вывод о наличии у него всех симптомов Шнейдера первого уровня; жаловался также на депрессию. Ориентирован, уровень бодрствования не нарушен, хорошо информирован, за исключением того, что продолжает настаивать на том, что это немцы (а не русские) оккупировали Афганистан. Не было никаких фактов, указывающих на депрессию или манию или раздражительность, когда он рассказывает эти истории.

В палате было отмечено, что больной запугивает других больных и забирает у них пищу и сигареты. Очень не хочет разоблачения, и когда это произошло, снова начал жаловаться на «суицидальные мысли» и «слышание голосов». Мнение персонала о нем таково, что это не психотический больной, что он просто выдумы-

вает свои жалобы, когда у него такое настроение. Они считают, что он просто хочет оставаться долго в больнице, запугать других больных и стать здесь «большим человеком».

ОБСУЖДЕНИЕ

Хотя этот больной хотел, чтобы мы поверили в то, что у него психоз, его рассказ почти с самого начала опровергает подозрение на наличие психоза. Тот факт, что его жалобы не настоящие, подтверждается наблюдением персонала, который видит, что все его жалобы выдумываются им.

Зачем он так старается показаться сумасшедшим? Его мотивация не в том, чтобы достигнуть какой-либо определенной цели, например избежать воинской службы, как это бывает при симуляции; его цель становится понятной только после того, как познакомишься с его индивидуальными психологическими особенностями (предположение, что он получает удовольствие от того, что является «большим человеком» в палате). Диагноз, таким образом— искусственно демонстрируемые расстройства с психологическими нарушениями. Диагноз DSM-III-R:
Ось I: Искусственно демонстрируемые расстройства с психологическими нарушениями.

ИСТОРИЯ 20: РАССТРОЙСТВО В ВИДЕ ТРЕВОГИ ПО ПОВОДУ РАЗЛУКИ

Тина, маленькая симпатичная веснушчатая девочка 10 лет, которую лечил детский врач, не сумевший убедить ее вернуться в школу. Нарушения начались у нее в первый же день, когда она пришла в школу год тому назад, где стала плакать и спряталась в подвале. Она согласилась пойти в школу, только когда ее мама пообещала пойти с ней и оставаться с ней в школе до обеда. В следующие три месяца в школьные дни Тина высказывала множество соматических жалоб, таких, как головная боль, боль в «животике», и каждый день соглашалась пойти в школу, только после длительного упрашивания со стороны родителей. Вскоре после этого она попадала в школу, только если ее родители поднимали ее с постели, одевали, кормили и отводили в школу. Часто она уходила из школы днем и возвращалась домой. В конце концов, весной сотрудник социальной службы в школе обратился к детскому врачу, лечащему Тину, который выработал программу поведения с помощью родителей. Так как эта программа мало помогала, педиатр обратился к психитару в начале учебного года.

По словам матери, несмотря на то, что Тина часто не посещала школу в прошлом году, она хорошо успевала. В это время она

принимала также участие во многих других видах деятельности, включая скаутскую организацию для девочек, общение с несколькими друзьями (обычно также вместе со своей сестрой) и посещение знакомых всей семьей. Ее мать предполагает, что на девочку повлияли работа в качестве бухгалтера, которую она (мать) некоторое время выполняла два года тому назад, и внезапная смерть бабушки со стороны матери, которую Тина особенно любила.

Во время беседы Тина сначала пыталась приуменьшить все проблемы, касающиеся школы, утверждая, что «все в порядке» и что она хорошо учится и ее любят все учителя. Когда стали настаивать на разговоре об этих проблемах, она рассердилась и стала повторять: «Я ничего не знаю» на вопросы о том, почему она часто отказывалась ходить в школу. В конце концов она сказала, что дети смеются над ней из-за ее роста, называя ее «карликом» или «коротышкой», но оставалось впечатление, что она любит школу и учителей. В конце концов она призналась, что ей тревожно оставлять дом. Она не может определить, почему, но намекает, что боится, что что-нибудь случится, хотя с кем или с чем не говорит; но она призналась, что чувствует себя неспокойно без своей семьи.

По тесту Роршаха отмечаются навязчивые размышления о каком-то катастрофическом событии, которое причинит вред членам ее семьи, и преобладают темы о разрушении семьи.

ОБСУЖДЕНИЕ

Все нарушения, имеющиеся у Тины, состоят только в боязни посещать школу. Вопрос в том, школа ли пугает ее или же разлука с родителями? Факты, свидетельствующие, что она боится ходить в школу, заключаются только в том, что, как она пожаловалась, другие дети дразнят ее, и в ее желании участвовать в разных видах деятельности вне дома, например, участие в собраниях скаутской организации для девочек. Но сама Тина считает, что настоящий страх она испытывает перед тем, что дома должно что-то случиться, когда она не видит своих близких, и именно это лежит в основе ее нежелания ходить в школу. Мы склонны расценивать это таким образом. По-видимому, провести 6 ч вне дома для нее труднее, чем 1 ч среди девочек-скаутов или среди знакомых, чаще всего вместе с сестрой.

При отсутствии более серьезного заболевания чрезмерная тревога относительно разлуки с семьей и нереалистическими опасениями о том, что с ними что-то случится, нежелание ходить в школу и жалобы на соматические нарушения в школьные дни, продолжающиеся в течение периода времени, превышающего две недели, указывают на расстройство в виде тревоги по поводу разлуки. Мы не будет спорить с врачом, который пожелает считать

этот диагноз предварительным и требующим размышления над ее переживаниями по поводу того, что ее дразнят. Если она очень чувствительна к тому, что над ней могут смеяться публично, то альтернативным диагнозом может быть социальная фобия, или же это может быть дополнительный диагноз.
Диагноз DSM-III-R:
Ось I: Расстройство в виде тревоги по поводу разлуки.

ИСТОРИЯ 21: БУЛИМИЯ НЕРВНОГО ПРОИСХОЖДЕНИЯ

Алиса— 17-летняя девушка, живет с родителями, которые настояли на том, чтобы она посетила врача в связи с тем, что она очень много и жадно ест, а затем вызывает рвоту. Она достигла максимальной для нее массы тела—180 фунтов (90 кг) в 16-летнем возрасте. Ее наименьшая масса тела с тех пор, как она достигла роста 5 дюймов (1 м 27 см) была 150 фунтов (75 кг), а в настоящее время она весит около 160 (80 кг) фунтов.

Алиса сказала, что она находится на диете с 10-летнего возраста и что она всегда была очень высокой и немного полной. В возрасте 12 лет она начала много есть, а потом вызывала рвоту. Она тогда была хорошей пловчихой и участвовала в соревнованиях, поэтому ей было необходимо сбросить вес. Она несколько дней ничего не ела, а затем возникла острая непреодолимая потребность в еде, и она «очистила» весь холодильник и буфеты, съев мороженое, кондитерские изделия и другие виды десерта. Она повторяла это часто и тайно по ночам, съедая около килограмма мороженого, целый пирог и все сладкое, что только могла найти. Она ела до тех пор, пока ей не становилось физически плохо, что сопровождалось также депрессией и страхом набрать вес, после чего она самопроизвольно вызывала рвоту. Когда ей было 15 лет, она жадно ела и вызывала рвоту в течение 4 дней в неделю. Она перестала ходить в школу в возрасте 17 лет и в течение 5 мес она просто сидела дома, объедаясь и вызывая рвоту. Затем она вернулась в школу и постаралась исправить свои школьные оценки. Она получила оценки ниже средних в младших классах и средней школе.

В течение двух последних лет Алиса пьет вино или пиво в выходные дни. Чаще всего выпивает в компании девочек подруг; изредка она встречается с мальчиками. Алиса говорит, что ей нравится встречаться с мальчиками, но она стесняется своей внешности. В прошлом она иногда принимала дексидрин, чтобы похудеть. Несколько месяцев тому назад она была госпитализирована на две недели для проверки по поводу переедания. В это время была очень депрессивной и несколько раз пыталась перерезать себе вены, разрезав руку у запястья.

Алиса аккуратно одета, правильно ориентирована и разумно отвечает на вопросы. Во время беседы она показала, что серьезно относится к своим нарушениям, связанным с перееданием и рвотой, но чувствует, что не в состоянии с ними справиться.

ОБСУЖДЕНИЕ

Ясно, что у Алисы серьезные нарушения, связанные с едой. Она съедает слишком много пищи в течение короткого промежутка времени (жадная еда). Пища, которую она съедает в это время, высококалорийная (мороженое, кондитерские изделия и другие сладости), она поедает ее тайно (ночью, когда никто не видит) и мучается угрызениями совести. Из-за жадного поглощения пищи в определенные периоды между перееданиями у Алисы часто колеблется масса тела и вопрос о соблюдении диеты и контроля за ней является для нее доминирующим. Более того, она понимает, что она ест неправильно и не в состоянии ничего с этим поделать. Это характерные черты булимии нервного происхождения.

Хотя жадное поглощение пищи может быть чертой, сопутствующей нервной анорексии, здесь отсутствует значительная потеря массы тела, характерная для этого заболевания. Поскольку депрессивные проявления характерны для булимии нервного происхождения, не приходится ставить дополнительный диагноз расстройства настроения в виде депрессии для описания депрессивных эпизодов, вызванных, вероятно, госпитализацией Алисы, но мы не станем спорить с врачом, который добавит этот диагноз.

Замечено, что Алиса пьет вино и пиво и принимает декседрин. Однако нет указаний на злоупотребление или на нарушение социальных функций, что могло бы оправдать диагноз наркомании. Диагноз DSM-III-R: Ось I: Булимия нервного происхождения.

ИСТОРИЯ 22: БОЛЕЗНЬ ТУРЕТТА

Алан, 10-летний мальчик, доставлен на консультацию из-за тяжелых «компульсий». Мать сообщает, что ребенку необходимо время от времени пробежаться и прочистить горло, прикоснуться к ручке двери два раза перед тем, как войти через эту дверь, наклонить голову из стороны в сторону, быстро моргнуть глазами и дотронуться до земли руками, внезапно согнув все тело. Эти «компульсий» возникли два года тому назад. Сначала появились моргания глазами, а затем последовали все остальные, причем они то нарастают, то убывают. Движения более часто появляются, когда больной встревожен или находится в состоянии стресса. В последнюю очередь появилось прикосновение к ручке двери. На консультацию решено было отправиться после того, как ребенок

показал средним пальцем знак, обозначающий неприличное слово.

Во время обследования Алан сообщил, что не знает в большинстве случаев, когда появятся движения, за исключением прикосновения к дверным ручкам. При расспросе он ответил, что перед тем, как он почувствовал, что ему хочется прикоснуться к ручке двери, он попытался выбросить это из головы, однако не смог, так как это желание возвращалось до тех пор, пока он не прикоснулся к ручке несколько раз. После этого он почувствовал себя лучше. При вопросе о том, что будет, если что-то помешает ему прикоснуться к ручке двери, он сказал, что сойдет с ума и что его отец пытался остановить его, и у него был взрыв раздражения. Во время беседы ребенок хрюкал, прочищал горло, ворочал головой и быстро моргал глазами несколько раз. Иногда он пытался создать впечатление, что нарочно вызывает эти действия.

Анамнез и физический и неврологический статус полностью нормальны за исключением патологических движений и звуков. Мать сообщила, что у ее младшего дяди были сходные нарушения, когда он был подростком, но дальше она не знает ничего. Она сказала, что она и ее муж всегда были очень «компульсивными», понимая под этим, что они хорошо организованные люди и соблюдают принятые нормы.

ОБСУЖДЕНИЕ

Мать называет нарушения, наблюдающиеся у Алана, «компульсиями», так как она понимает, что они заключаются в его потребности совершать бессмысленные движения. При истинных компульсиях, однако, отмечается возрастающая тревога и чувство, что эти компульсии предотвратят нежелательные события в будущем. Например, мытье рук или насильственный счет могут сопровождаться у больного чувством, что должно случиться что-то страшное, а эти компульсии предупредят развитие ужасных событий. В этом случае отмечается только возрастающая фрустрация, продолжающаяся до тех пор, пока действие не выполнено, а затем наступает облегчение. Следовательно, в данном случае это не компульсии, а очень разные моторные и вербальные тики, которые часто выглядят как целенаправленные акты, но на самом деле не имеют цели. В попытке избежать смущения больной иногда пытается создать впечатление, что он нарочно их производит.

Сочетание двигательных и вербальных тиков продолжительностью более 1 года позволяет поставить диагноз болезни Туретта.

Диагноз DSM-III-R: Ось I:

Болезнь Туретта.

ИСТОРИЯ 23: РАССТРОЙСТВО В ВИДЕ ГИПЕРАКТИВНОСТИ С ДЕФИЦИТОМ ВНИМАНИЯ

8-летнего Фреда отправили к школьному врачу в связи с тем, что он «не может держать себя в руках» и контролировать свое поведение. Мальчик невнимателен, часто не слушает, о чем говорят, и легко отвлекается. Он слишком активен во время урока, но не в плане участия в том, что говорит учитель, а в двигательном отношении, часто вертится, встает починить карандаш или идет в туалет. Учителя жалуются, что он часто выкрикивает ответ, не дослушав вопроса до конца. Его трудно заставить сосредоточиться и организовать себя в классе, и дома за ним также нужно постоянно следить, чтобы он выполнил домашнее задание.

ОБСУЖДЕНИЕ

Ребенок обнаруживает признаки нарушения развития внимания (часто не слушает, легко отвлекается, его трудно заставить сосредоточить внимание на том, что объясняет учитель), импульсивность (покидает классную комнату, его трудно заставить заниматься на уроке тем, чем положено, нуждается в постоянном надзоре). Когда подобные нарушения не являются проявлением более серьезного заболевания, такого, как шизофрения или тяжелая глубокая умственная отсталость, они классифицируются как критерии расстройства в виде гиперреактивности с дефицитом внимания.

Диагноз DSM-III-R:

Ось I: Расстройство в виде гиперактивности с дефицитом внимания.

ИСТОРИЯ 24: НАРЦИССИЧЕСКОЕ РАССТРОЙСТВО ЛИЧНОСТИ

25-летний неженатый аспирант жалуется своему психоаналитику, что ему трудно завершить работу над диссертацией; он собирается получить степень доктора философии по специальности английская литература и выражает озабоченность по поводу своих отношений с женщинами. Он считает, что тема его диссертации позволяет поднять уровень развития этой области науки и сделает его знаменитым, но пока что он не продвинулся далее третьей главы. Его руководитель не удовлетворен его работой, и больной зол на него, но испытывает также сомнения и чувство стыда. Он обвиняет руководителя в том, что не может успешно справиться с работой, считает, что заслуживает большей помощи за его замечательные идеи (которые руководителю не очень нравятся). Пациент хвастается своими творческими способностями

и говорит, что другие «ревнуют» к его таланту. Он очень завидует коллегам, которые продвигаются успешнее его и называет их «тупыми бездельниками и ослами». Он хвалится своими успехами в науке и воображает, что когда-то станет великим ученым.

Он быстро увлекается женщинами и упорно, уверенно говорит о том, что влюблен в каждую новую женщину, но после нескольких сношений с ней разочаровывается и обнаруживает, что все они тупые, липучие и физически отталкивающие. У него много «друзей», но они быстро меняются, и ни одна связь длительно не сохраняется. Люди устают от его самовосхваления и отсутствия интереса к ним. Например, он не хотел оставаться в одиночестве на Рождество и настаивал на том, чтобы его друг остался с ним, а не поехал навестить семью. Друг отказался, критикуя его эгоцентризм, и больной, разозлившись, решил с ним больше никогда не встречаться.

ОБСУЖДЕНИЕ

Черты нарциссической личности у больного очевидны: уверенность в своих научных достижениях, уверенность, что его руководитель обязан помогать ему за талант, а также сначала переоценка, а затем разочарование в женщинах. Поскольку эти особенности значительно мешают ему как в успешном завершении работы, так и в установлении стойких дружеских отношений, следует остановиться на диагнозе нарциссические расстройства личности.

Хотя специально нигде не отмечается, что эти особенности характерны для длительного периода времени, важно, чтобы это было так. (В литературе нигде не описаны случаи нарциссизма эпизодического характера.) Диагноз DSM-III-R: Ось II: Нарциссическое расстройство личности.

ИСТОРИЯ 25: РАССТРОЙСТВО ЛИЧНОСТИ ЗАВИСИМОГО ТИПА

Больной, 34-летний одинокий мужчина, который живет с матерью и работает чертежником, жалуется на тяжелые переживания, одолевающие его после разрыва со своей возлюбленной. Мать не одобряла их намерения пожениться якобы из-за того, что женщина принадлежала к другой религии. Больной чувствовал, что попал в ловушку и должен выбирать между матерью и возлюбленной, и, поскольку «кровь сильнее воды», решил не поступать против воли матери. Тем не менее он недоволен собой и говорит,

что она никогда не даст ему жениться и будет постоянно цепляться за него. Его мать «женщина в брюках» в семье и сильно доминирует, так что ее трудно ослушаться. Больной ее боится и за это осуждает сам себя, но также обожает свою мать и считается с ее мнением: «Может быть Кэрол действительно мне не подходила». Больной колеблется между возмущением и установкой на то, что «мама знает лучше». Он чувствует, что сам не может решить правильно.

По работе больной занимает должность на несколько ступеней ниже, чем соответствует его образованию и способностям. Несколько раз ему выпадал шанс улучшить свое положение, но он не делал этого, так как не хочет брать на себя ответственность за других или принимать независимые решения. Он работает на одного и того же начальника в течение 10 лет, ладит с ним и в свою очередь является подчиненным и ненавязчивым работником, за что его ценит шеф. У больного двое очень близких друзей, которых он знает с раннего детства. Он обедает с одним из них каждый рабочий день и, если друг заболел и не может обедать с ним, чувствует себя потерянным и считает, что день пропал зря.

Больной — младший ребенок из четырех детей и единственный мальчик. Он был «заласкан и испорчен» матерью и старшими сестрами. В детстве у него отмечалась значительная тревога, связанная с разлукой,— он не мог заснуть, пока его мать не сидела с ним у кроватки, иногда он отказывался ходить в школу, и невыносимо скучал, когда куда-нибудь выезжал из дома. В детстве его часто дразнили мальчики из-за отсутствия уверенности в себе и часто называли его «младенцем». Всю свою жизнь живет дома, за исключением одного года в колледже (он оставил колледж, так как сильно тосковал по дому). Его гетеросексуальные склонности нормальны за исключением того, что он не может покинуть мать ради другой женщины.

ОБСУЖДЕНИЕ

Больной позволяет своей матери принимать за него важные решения, например, относительно того, жениться ли ему на женщине, в которую он влюблен, и это является только одним из проявлений подчинения его потребностей и желаний доминирующей над ним матери. Он продемонстрировал также отсутствие уверенности в себе и нежелание полагаться на свое собственное мнение и способности, избегая повышения по службе и работая на уровне ниже своих возможностей. Эти особенности личности достаточно тяжелы, поскольку влияют на социальную и профессиональную деятельность, что позволяет поставить диагноз: расстройство личности зависимого типа Диагноз DSM-III-R: Ось И: Расстройство личности зависимого типа.

ИСТОРИЯ 26: РАССТРОЙСТВО ЛИЧНОСТИ ПАССИВНО-АГРЕССИВНОГО ТИПА

34-летний психиатр опоздал на 15 мин на первую беседу. Его недавно уволили из центра психического здоровья, так как, со слов начальника, он часто опаздывает на работу и на собрания, путает статистику, не выполняет инструкции, забывает о том, что назначил прием и производит впечатление человека со сниженной мотивацией. Больной был удивлен и возмущен, он считал, что работает хорошо, причем в тяжелой ситуации, и говорит о своем начальнике, как о человеке чрезвычайно навязчивом и требовательном. Тем не менее говорит, что у него всегда возникают трудности с начальством.

В детстве у больного отмечались тяжелые и длительные приступы гнева, которые вошли в легенду семьи. Он был в детстве командиром и требовал, чтобы другие дети «пели под его дудку», иначе отказывался играть с ними. Со взрослыми, особенно с матерью и учительницами, он был угрюм, замкнут, не соблюдал дистанции, часто противоречил им и бывал неуправляемым. Он начал посещать общую подготовительную школу для мальчиков, где в основном были учителя-мужчины и постепенно стал привыкать к порядку и дисциплине. Однако продолжал нарушать субординацию, настаивал, чтобы все делалось, как он хотел, и не выполнял распоряжения дирекции и учителей. Он учился блестяще, но с колебаниями, работал очень упорно, но только над тем, над чем хотел, и «наказывал» учителей, которых не любил тем, что не слушался их. Он часто спорил и отстаивал свои права, когда его критиковали, и жаловался, что с ним несправедливо обращаются.

Больной женат несчастливо. Жалуется, что жена не понимает его и вообще «придира». Она же жалуется, что на него нельзя положиться и что он очень упрям. Он отказывается делать что-либо по дому и часто забывает выполнить поручения, которые взял на себя. Платежные счета заполняются с опозданием на несколько месяцев, по некоторым счетам он вообще не платит. Больной общителен и обладает определенным обаянием, но друзей всегда раздражает его нежелание подчиниться интересам группы, например, если они выбрали ресторан, который ему не нравится, он может дуться весь вечер или забыть захватить кошелек.

ОБСУЖДЕНИЕ

Когда этот больной чувствует, что к нему предъявляются какие-то требования, либо социальные, либо профессиональные, он пассивно сопротивляется, например, с помощью оттягивания (просрочивание оплаты счетов, неоплата их), упрямства (нежелание подчиниться воле других, например друзей) и забывчивости (забывает о поручениях для жены и приемах, назначенных на ра-

боте). Его поведение является результатом нарушения способности к правильным поступкам и несчастливой женитьбы. Подобные паттерны сопротивления требованиям, являющимся адекватными его положению на работе и в жизни, могут указывать на личностные расстройства пассивно-агрессивного типа.

Хотя пассивно-агрессивное поведение довольно часто наблюдается в ситуациях, в которых не стимулируется уверенность в себе, или такая уверенность даже наказывается (например, служба в армии), диагноз ставится только в том случае, если это поведение имеет место в обычной жизни. Пассивно-агрессивные черты могут быть признаками других личностных расстройств, но диагноз пассивно-агрессивных расстройств личности не ставится, если имеет место другое расстройство личности.

Данный случай показывает, что ни высокий IQ, ни профессия врача-психиатра не обеспечивают иммунитета к этому расстройству.

Диагноз DSM-III-R: Ось II: Расстройство личности пассивно-агрессивного типа.

ИСТОРИЯ 27: ОБСЕССИВНО-КОМПУЛЬСИВНОЕ РАССТРОЙСТВО ЛИЧНОСТИ

Больной, 45-летний юрист, который обратился за помощью по настоянию жены. Она уже «сыта» их браком, больше не может терпеть его эмоциональной холодности, жестких требований, оскорбительного поведения, отсутствия сексуальных интересов, долгих часов работы и частых командировок. У больного нет особых огорчений по поводу женитьбы, и он согласился на консультацию, только чтобы исполнить прихоть жены.

Однако выяснилось, что у больного имеются неприятности на работе. Известно, что он сильно перегружен работой на фирме. Он был самым молодым совладельцем фирмы и славился тем, что умел вести несколько дел сразу. Постепенно начал понимать, что перестал справляться с этим. Он слишком горд, чтобы отказаться от нового дела, и слишком хороший специалист, чтобы удовлетвориться качеством работы, которую выполняют его сотрудники. Он постоянно поправляет их ошибки и недоволен их почерком и стилем, поэтому не мог работать в соответствии со своей собственной схемой. Сотрудники по работе жалуются, что он слишком придирается к деталям и не способен доверить кому-либо ответственность, что сказывается на его неспособности руководить делом. У него в течение 15 лет сменялось по два или три секретаря в год. Никто не может долго работать с ним, так как он очень резко критикует ошибки других. Когда поступают деньги, он не знает, как с ними начинать дело, составляет множество схем для себя и сотрудников, оказывается не в состоянии действовать

в соответствии с этими схемами и работает над всеми этими проблемами по 15 ч в сутки. Он признался, что теперь, когда его работа вышла из-под его непосредственного контроля, ему трудно отвечать за нее.

Больной рассказывает о своих детях так, как будто бы это механические куклы, но очевидно, что испытывает к ним родительские чувства. Жену он считает «терпимой женщиной», и не может понять, чем она недовольна. Он пунктуально придерживается стиля в одежде, речь замедлена и тяжеловесна, сухая и без юмора; постоянно чувствуется упрямое желание доказать свое.

Родился в семье, в которой родители тяжко трудились, пробиваясь «наверх». Он постоянно чувствовал, что делает недостаточно по работе, что ему надо еще многого достигнуть и осталось слишком мало времени. Он был отличным студентом, «книжным червем», стеснительным и непользовавшимся популярностью подростком. Он всегда соперничал с кем-либо и многого достигал. Ему было трудно расслабиться во время каникул и отпуска, он составлял схемы действия для каждого из членов семьи и становился раздражительным и сердитым, если кто-то не хотел выполнить то, что он для него запланировал. Любит спорт, но не хватает времени им заниматься; кроме того, не вступает в игру, если не уверен, что окажется победителем. Он свирепый игрок на теннисном корте и не любит проигрывать.

ОБСУЖДЕНИЕ

Хотя с первого взгляда обращают на себя внимание неполадки в семейной жизни, ясно, что у данного лица имеется множество черт, характеризующих неправильное поведение. Он холоден и ригиден и чрезвычайно пунктуален. Не может принять решение, но настаивает, чтобы другие поступали, как он скажет; его.межличностные связи нарушены из-за поглощенности работой. Трудно представить себе более типичный случай наличия расстройства личности обсессивно-компульсивного типа. Диагноз DSM-III-R: Ось II: Расстройство личности обсессивно-компульсивного типа.

ИСТОРИЯ 28: ЛИЧНОСТНОЕ РАССТРОЙСТВО В ВИДЕ ИЗБЕГАНИЯ

Больная, 26-летняя помощница учителя, пришла на консультацию. В течение нескольких лет она чувствует себя все более и более одинокой и «потерянной», особенно с тех пор, как ее старшая сестра вышла замуж и уехала из этого города 3 мес тому назад. Сестра и один близкий друг из колледжа — вот и все, с кем она об-

щается, у нее нет подруг, и она очень боится мужчин. С тех пор как себя помнит, она никогда не была общительной. Ей всегда казалось, что мужчины, даже те, которым она нравилась, очень быстро найдут в ней недостатки и «бросят» ее. Хотя ей хотелось бы выйти замуж, она обрывает связи с мужчинами заранее, после двух или трех свиданий из-за страха быть в конце концов отвергнутой. Ее отношения с другими поверхностны и обычно ограничиваются людьми, с которыми она встречается на работе и в церкви. Она редко критикует других и не в состоянии сердиться на них, исключая общественные и политические вопросы. Она считает важнейшими вопросами проблему меньшинств, экологию и свободу, противопоставляя им богатство и силу. Защищая эти проблемы, она, однако, проводит выходные дни чаще всего добровольно заполняя конверты листовками, а не ходит по домам, собирая пожертвования.

На работе она считается знающей и ответственной и, очевидно, не требует безусловного подчинения от своих 4-летних учеников, как требует от взрослых. Она собиралась на консультацию уже несколько лет, но это ее первый визит к профессионалу.

ОБСУЖДЕНИЕ

Хотя больная обратилась к врачу в связи с обострением состояния, вызванным отъездом сестры, случай не является острым (как нарушение способности к адаптации).

В течение большей части жизни у больной имели место трудности в адаптации к окружающим ее людям. Социальная изоляция обычно бывает у шизотипальных личностей, но отсутствие странностей в поведении и мышлении исключает этот диагноз. У субъектов с расстройством личности шизоидного типа изоляция, по-видимому, является результатом основной эмоциональной холодности и безразличия к другим. В данном случае, однако, имеется сильное желание иметь привязанность и быть любимой, которое тормозится страхом быть отвергнутой — характерные особенности расстройства личности в виде избегания. У больной также выявляется низкая самооценка (она чувствует, что у нее мало чувств, к другим людям), что также характерно для данного расстройства.

Для большинства людей отъезд замужней сестры не является очень сильным стрессом. Для нашей больной это явилось стрессом только потому, что она страдает личностным расстройством, особенно подверженным влиянию таких стрессов. Больная явно лучше адаптирована на работе и в социальном плане, чем в личном.

Диагноз DSM-III-R: Ось II: Расстройство личности в виде избегания.

ИСТОРИЯ 29: РАССТРОЙСТВО В ВИДЕ АУТИЗМА

Ричард, $3^1/_2$ года, первый ребенок в семье, был осмотрен по просьбе родителей в связи с неровным развитием и патологическим поведением. Роды были очень трудными, и когда он родился, ему пришлось давать кислород. Его физическое развитие, моторика и навыки в области самообслуживания соответствуют возрасту, но родители беспокоятся, поскольку с самого рождения у него нарушены контакты с окружающими и он не играет в обычные детские игры. Сравнение с их вторым ребенком, который в отличие от Ричарда любит общение с самого младенчества, подтверждает их опасения.

Ричард всегда предпочитает одиночество и держится вдали от других. Он не приветствует мать по утрам или отца, когда он возвращается с работы, хотя, когда остается с маленькой сестрой, часто вскрикивает. Он равнодушен к младшему брату и не обращает внимания на других детей. В его лепете нет интонаций, характерных для разговора с другими. В три года он понимал простые практические указания. Его речь состоит из повторения некоторых слов и фраз, которые он слышал в прошлом с сохранением оригинальных интонаций, но он не может составить ни одного предложения, в котором бы мог выразить свои собственные нужды. Например, если он говорит: «Ты хочешь пить?», это значит, что он сам хочет пить. Он не может общаться с помощью мимики или жестов, за исключением того, что тащит за собой кого-нибудь и кладет его руку на интересующий предмет.

Ему нравятся яркие цвета и вращающиеся предметы, он смотрит на них долго, смеется и хлопает в ладоши, танцует или ходит на цыпочках. Он выражает те же чувства, когда слушает музыку, которую любит с младенчества. Он с удовольствием занимается маленькой машинкой, которую держит в руках днем и ночью, но он не обладает воображением, чтобы придумывать игру с этой машинкой или с какой-либо игрушкой. Он может собрать картинку-загадку быстро, одной рукой, поскольку другая занята машинкой, независимо от того, видна или спрятана картинка, по которой ее надо собирать. Он с 2-летнего возраста собирает кухонную утварь и расставляет ее на полу по всему дому. Это, а также периоды бесцельного бегания вокруг, составляют весь репертуар его спонтанной активности.

Основная трудность, связанная с Ричардом, заключается в том, что он сильно сопротивляется любой попытке изменить его интересы или расширить их. Если отобрать у него машинку, убрать картинку-загадку или что-то из утвари (например, взять сбивалку для яиц или ложку для использования их по прямому назначению) или же просто попытаться заставить его посмотреть на картинку в книге, это вызывает приступ гнева, который может

длиться в течение часа или более со вскриками, ударами ногами, кусанием самого себя и других. Эти вспышки могут быстро прекращаться, если восстановить «статус кво».

Родители думали, что, может быть, Ричард глухой, но его любовь к музыке, чувствительность к самым слабым звукам, вплоть до шума при развертывании шоколадки в соседней комнате, убеждают их, что не в этом причина его неправильного поведения. При психологическом тестировании ему определили умственный возраст три года по нелингвистическим навыкам, но по лингвистическим— только 18 мес.

ОБСУЖДЕНИЕ

Ричард обнаруживает недостаточную реактивность и грубые нарушения, которые начались в течение нескольких первых месяцев жизни. Его речь необычна тем, что состоит в повторении слов и фраз, сказанных другими. Его реакция на окружающее часто причудливая (хлопает в ладоши, танцует или ходит на цыпочках в ответ на яркий свет или когда показывают вращающийся предмет, а когда нарушается привычная для него рутина, выявляет вспышки гнева). Это поведение характерно для расстройства в виде аутизма. Диагноз DSM-III-R: Ось I: Расстройство в виде аутизма.

ИСТОРИЯ 30: МАНИЯ

Больная поступила в клинику в возрасте 22 лет. За 3—4 мес до поступления она была депрессивна и страдала анорексией с потерей массы тела около 4 кг, и как в начале, так и в конце этого периода наблюдалась бессонница. За 2 мес до поступления почувствовала прилив энергии, спать было достаточно от 2 до 5 ч за ночь, и она ощущала «скачку» идей. Начала видеть символическое значение в предметах, особенно сексуального характера; отмечались также выраженные идеи отношения, включающие, в частности, невинные критические замечания в телевизионных передачах. В течение месяца, предшествовавшего госпитализации, стали усиливаться эйфория и раздражительность и появились слуховые и зрительные галлюцинации. Считала, что у нее в голове дыра, через котрую с помощью радара посылают ей сообщения. Эти сообщения контролируют ее мысли и вызывают эмоции гнева, тоски или другие эмоции, которые она не в состоянии контролировать. Она считает также, что ее мысли читаются другими людьми, а чуждые ей мысли, рассказы внедряются в ее голову с помощью радара. Она рассказывает, что слышит голоса, которые говорят

с ней от третьего лица, а иногда приказывают ей сделать что-то; наиболее часто это относится к сексуальной сфере.

До настоящего заболевания никаких нарушений не наблюдалось; больная была хорошей студенткой в престижном университете. Она прекрасно успевала, имела много друзей обоих полов. Не может вспомнить, было ли какое-либо событие, которое могло бы повлиять на обнаружившиеся затем нарушения, сообщая, что они возникли как бы случайно в период отсутствия важных событий на втором году обучения.

При поступлении в клинику больную начали лечить аминазином и литием. Через 3 нед имело место быстрое улучшение, снизились гиперактивность, эйфория, патологическая речевая продукция. Через 4 нед дозу аминазина начали постепенно снижать и в конце концов его отменили. Поддерживали только лечение литием. Ко времени выписки маниакальная симптоматика изчезла, но теперь отмечалась гиперсомния: спала по 10 ч в сутки, легкая анорексия, некоторые колебания настроения в течение суток, причем хуже было по утрам, и легкая психомоторная заторможенность. Эти симптомы, однако, были не особенно тяжелыми, так что госпитализации не требовалось, и больная была выписана домой, где жила вместе со своими друзьями.

Приблизительно через 10 мес после выписки больная, по совету своего университетского психиатра, перестала принимать литий. В течение 3 или 4 нед нарушений не отмечалось, но затем они постепенно стали возобновляться и были похожи на те, которые наблюдались перед госпитализацией. Спустя 2 нед опять поступила в клинику с почти такими же нарушениями, как в первый раз. Снова было проведено лечение аминазином и литием, а затем только литием. К моменту выписки опять отмечались легкие проявления депрессии.

Отец больной страдал депрессией с гиперсомнией, анорексией, глубокой психомоторной заторможенностью и суицидальными мыслями, когда ему было 40 лет. Бабушка по линии отца совершила суицид, когда по описанию также имел место депрессивный приступ.

ОБСУЖДЕНИЕ

Эта женщина отлично успевала и жила до тех пор, пока у нее не развился депрессивный приступ, за которым вскоре наступил эпизод, характеризующийся маниакальными симптомами: повышением энергии, снижением потребности во сне, скачкой мыслей, эйфорией и раздражительностью. На высоте заболевания у нее появился причудливый бред (ее эмоции управлялись радарными сообщениями, посылаемыми через дыру в голове) и галлюцинации (голоса, заставляющие ее заниматься сексом). При отсутствии каких-либо фактов, свидетельствующих о наличии органи-

ческого фактора, например, связанного с применением стимуляторов, данное расстройство является маниакальным приступом. Появление маниакального приступа (даже при отсутствии полного депрессивного приступа) достаточно для постановки диагноза биполярное расстройство, мания. Из-за того, что содержание бреда и галлюцинаций не имеет очевидной связи с маниакальной тематикой по неадекватной значимости или отождествлению, добавляется субклассификация «с психотическими чертами» (не соответствующими настроению). Диагноз DSM-III-R:

Ось I: Биполярное расстройство, мания с психотическими чертами (не соответствующими настроению).

Руководство

Г.И.КАПЛАН, Б.Дж.СЭДОК

КЛИНИЧЕСКАЯ ПСИХИАТРИЯ В 2-х томах Т. 2

Зав. редакцией **О.Ю. Шешукова** Редактор **Т.С. Елистратова** Художественный редактор **А.Г. Прозоровская** Переплет художника **А.С. Гейнце** Технические редакторы: **Н.В. Сорокина, Н.М.Гаранкина**

Корректор **А.К. Баскакова**

ЛР № 010215 от 29.04.97. Подписано к печати 27.02.02. Формат бумаги 60x90/16. Бумага кн.-журн. офс. Гарнитура Таймс. Печать офсетная. Усл. печ. л. 33,0. Усл. кр.-отт. 33,0. Уч.-изд. л. 37,92. Доп. тираж 5000экз. Заказ № 1866.

Ордена Трудового Красного Знамени издательство «Медицина». 101000, Москва, Петроверигский пер., 6/8.

ЗАО «Шико». Москва, 2-й Сетуньский пр., 11-27.

Отпечатано с готового оригинал-макета в ФГУП ордена «Знак Почета» Смоленской областной типографии им. В. И. Смирнова. 214000, г. Смоленск, пр. им. Ю. Гагарина, 2. Тел.: 3-01-60, 3-46-20, 3-46-05.

